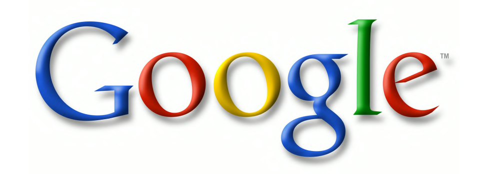
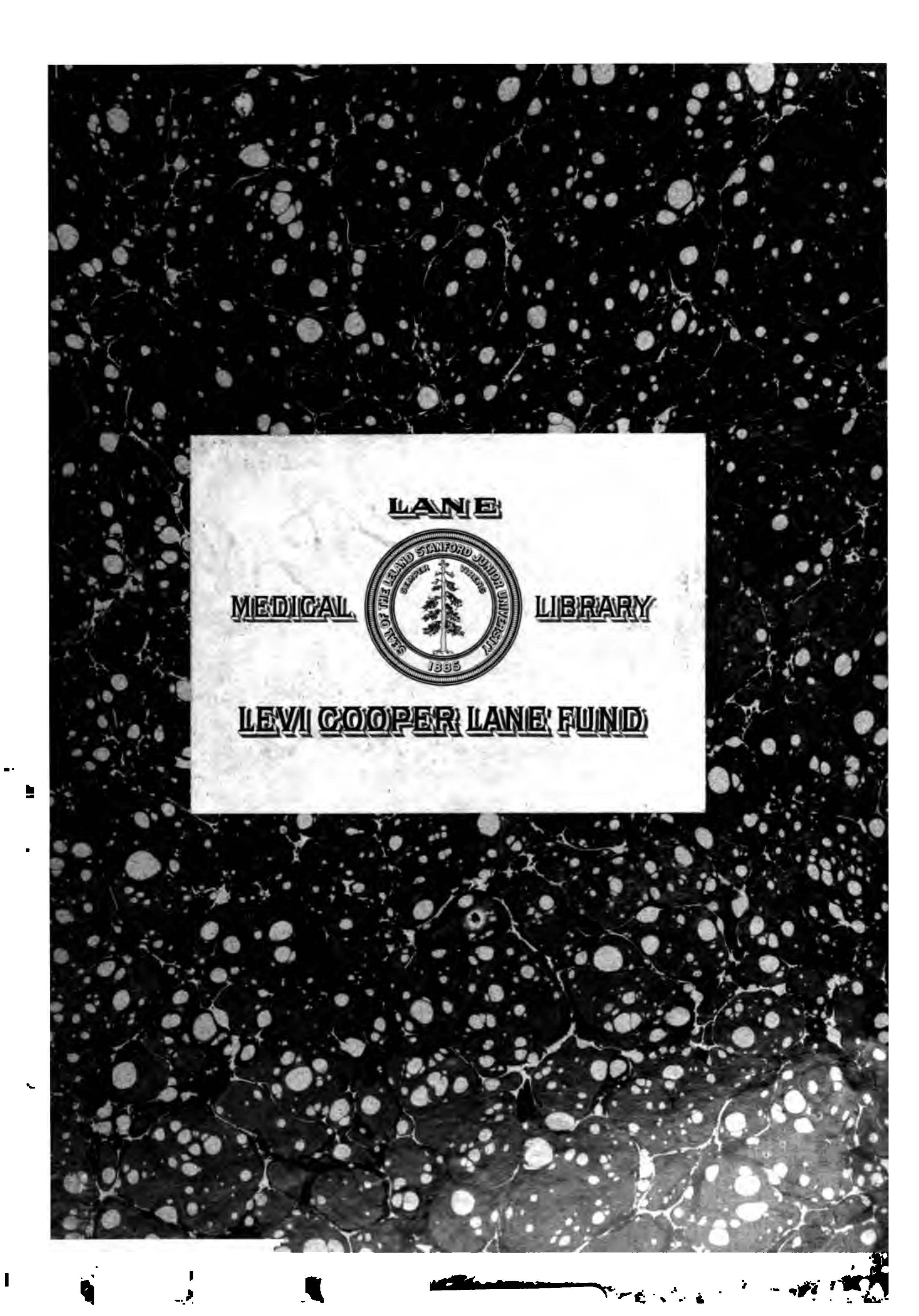





LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND



ATLAS

DER

KRANKHEITEN

DER

MUND- UND RACHENHÖHLE

VON

PROF. DR. J. MIKULICZ, UND DR. P. MICHELSON,

DIRECTOR DER KÖNIGL. CHIRURG. UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK IN BRESLAU.

PRIVATDOCENTEN IN KÖNIGSBERG I. PR.

BERLIN 1892.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

NW. UNTER DEN LINDEN 68.

Vorwort.

Die Mund- und Rachenhöhle ist in ihrer Eigenschaft als Zugangspforte des Digestions- und Respirations-Apparates vielfachen directen Schädlichkeiten ausgesetzt. Hierdurch allein schon bilden die in dieser Körpergegend sich abspielenden Krankheitszustände ein umfangreiches und wichtiges Gebiet der Pathologie. Es erhöht sich aber die Zahl der an der Mund- und Rachenhöhle zu beobachtenden Affectionen noch dadurch, dass in einigen der verbreitetsten Infectionskrankheiten die uns interessirende Region einen locus minoris resistentiae, einen vorzugsweise gefährdeten Angriffspunkt für das im Körper befindliche Virus bildet. Auch die Disposition der diese Cavitäten begrenzenden Gewebe zur Geschwulstbildung ist beträchtlich.

Aus allen erwähnten Umständen resultirt die Thatsache, dass an keiner andern Stelle des menschlichen Körpers gleich häufige und gleich mannigfaltige krankhafte Veränderungen auftreten.

Bei der Beurtheilung dieser Veränderungen ist man hauptsächlich auf den Gesichtssinn angewiesen und die Erfahrung im Unterrichte lehrt, wie schwer es dem weniger Geübten fällt, die in Betracht kommenden, oft nur geringen, für die Differential-Diagnose aber bedeutungsvollen Abweichungen in Farbe und Form aufzufassen und dem Gedächtnisse einzuprägen. Grade der mit den Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle am besten vertraute Arzt wird sich dessen klar bewusst sein, wie gross die diagnostischen Schwierigkeiten sind, welche sich — zumal in den Anfangsstadien — bei einer ganzen Reihe der hier localisirten Affectionen dem Beobachter darbieten.

So hoffen wir denn, dass der vorliegende Versuch, das Gesammtgebiet der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle durch eine Anzahl ausgewählter und in den beigegebenen Krankheitsgeschichten näher beschriebener Fälle zu bildlicher Darstellung zu bringen, als nicht ganz werthlos anerkannt werden wird.

Ein ähnliches Werk existirt in der Litteratur unseres Wissens bisher nicht. Vielleicht beruht dies weniger darauf, dass die Wichtigkeit der Aufgabe, die wir uns stellten, nicht genügend gewürdigt worden wäre, als auf dem Umstande, dass bei der

heutigen Arbeitstheilung weder der Chirurg, noch der Laryngo-Rhinolog, noch der Dermatolog allein über eine genügende Erfahrung, über ein ausreichendes Beobachtungsmaterial verfügt, um der Lösung dieser Aufgabe nähertreten zu können.

Was die Grenzen anbelangt, welche wir uns bei der Ausführung unseres Themas steckten, so betrachteten wir als räumlich in den Bereich desselben gehörig: Die Krankheitszustände der Mundhöhle vom Lippenroth bis zu den Fauces, des Pharynx vom Fornix bis zur Höhe des Kehlkopfeingangs. Die directer Besichtigung nicht zugänglichen Theile der Mundhöhle und des Rachens sind in Spiegelbildern zur Anschauung gebracht. — Inhaltlich wurden vor Allem diejenigen Affectionen zum Vorwurfe der Arbeit gemacht, welche in diagnostischer, in therapeutischer oder in beiden Beziehungen belangreich sind, gleichviel, ob sie an der uns interessirenden Körperregion primär oder als Theilerscheinungen eines Allgemeinleidens entstanden waren.

Um den Umfang des Werkes nicht zu sehr auszudehnen, sind von der Aufnahme in dasselbe von vorneherein ausgeschlossen: 1. Die sowohl in den Lehrbüchern der Chirurgie als auch in vorzüglichen Specialwerken erschöpfend dargestellten angeborenen Missbildungen. 2. Verletzungen. 3. Erkrankungen, die von aussen her sich auf die Mund- und Rachenhöhle fortgesetzt haben, ohne daselbst besonders characteristische Veränderungen hervorzurufen.

Bei häufiger vorkommenden, in ihrer Erscheinungsform typischen und dadurch allgemeiner bekannten Zuständen beschränkten wir uns auf die Wiedergabe weniger Paradigmen. Nicht so sparsam gingen wir mit dem uns zur Verfügung stehenden Raume um, wo es sich um unseres Erachtens bisher noch nicht genügend beachtete oder auch um solche Affectionen handelte, die vor uns überhaupt noch nicht anderweitig beschrieben oder wenigstens nicht bildlich dargestellt worden sind.

Als Eintheilungs-Princip ist nicht die Pathogenese, sondern die Localisation der Processe gewählt, weil auf diese Weise die Möglichkeit gegeben war, die differentiell-diagnostisch wichtigen Zustände nahe bei einander zu demonstriren.

Dem Atlas einen in Lehrbuchform systematisch geordneten Text mitzugeben, schien uns nicht empfehlenswerth; vielmehr glaubten wir, das Werk, das bei seiner Kostspieligkeit auf neue Auflagen wohl wenig Aussicht hat, vor Veraltung am besten zu schützen, wenn wir uns auf die objective Schilderung jedes einzelnen Krankheitsfalles beschränkten. Erläuternde Bemerkungen sind, wo es erforderlich schien, den Krankheitsgeschichten beigefügt und in einem Anhange vereinigt.

Unser Buch enthält fast ausschliesslich eigene Beobachtungen; einige lehrreiche Fälle sind uns, wie aus dem Texte hervorgeht, durch die Güte von Fachgenossen zur Verfügung gestellt. Allen, die uns bei der Sammlung des Stoffes unterstützten, sei hier nochmals der beste Dank ausgesprochen.

Wir dürfen dieses Vorwort nicht schliessen, ohne auch dem academischen Maler, Herrn H. Braune in Königsberg, für die Hingebung zu danken, mit der er seine künstlerische Begabung unserem Unternehmen gewidmet hat. Ebenso ist es uns eine angenehme Pflicht, des Geschicks und der Sorgfalt zu gedenken, welche Herr Lithograph W. A. Meyn (Berlin) bei der Reproduction der Original-Zeichnungen bethätigte und

hervorzuheben, dass die Verlagshandlung des Herrn August Hirschwald allen seitens der Unterzeichneten im Interesse des Atlas geäusserten Wünschen das bereitwilligste Entgegenkommen zeigte.

Ein Buch, wie das vorliegende, stellt höhere Anforderungen an das verständnissvolle Handinhandgehen aller Betheiligten, als der den Verhältnissen ferner Stehende vielleicht ahnt. Vermöchte die Schaffensfreudigkeit den Erfolg zu verbürgen, mit welcher nicht nur die Unterzeichneten selbst, sondern auch der Maler, der Lithograph und der Verleger an der Vollendung dieses Atlas gearbeitet haben, dann wäre demselben eine freundliche Aufnahme gesichert.

Breslau und Königsberg, im April 1891.

J. Mikulicz. **P. Michelson.**

Inhalt.

Tafel VIII.

Fig. 1. Gingivitis simplex als Begleiterscheinung von Caries dentium und Zahnsteinbildung.
Fig. 2. Purulente Gingivitis (Periostitis alveolo-dentalis, Pyorrhoea alveolaris).
Fig. 3. Stomatitis mercurialis.

Tafel IX.

Fig. 1. Purulente Gingivitis bei Aktinomykose.
Fig. 2. Tuberculose der Mundrachenhöhle (lupöse Form).

Tafel X.

Fig. 1. Spätsyphilitische Ulceration des Zahnfleisches (Gingivitis gummosa).
Fig. 2. Defect des Zahnfleisches und Alveolarfortsatzes infolge von acuter eitriger Ostitis und Periostitis.
Fig. 3. Tuberculose des Zahnfleisches (lupöse Form) (Gingivitis tuberculosa).

Tafel XI.

Fig. 1 und 2. Dünngestielte Epulis, ein Granulom der Zahnpulpa vortäuschend.
Fig. 3. Zahnfistel.

Tafel XII.

Fig. 1. Epulis.
Fig. 2. Osteosarcom des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers.

Tafel XIII.

Fig. 1. Nekrose des Alveolarfortsatzes und des angrenzenden Theiles des harteu Gaumens.
Fig. 2. Umfangreicher Defect des harten und weichen Gaumens durch Syphilis.
Fig. 3. Defect des Alveolar- und angrenzenden Gaumenfortsatzes durch (nicht specifische) Nekrose.
Fig. 4. Kleiner centraler Defect des harten Gaumens durch Syphilis.

Tafel XIV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes.
Fig. 2. Melanosarkom des harten Gaumens.

Tafel XV.

Fig. 1. Erythem der Rachengebilde.
Fig. 2. Breite Condylome der Rachengebilde und der Zungenspitze.
Fig. 3. Narbige Veränderung der Rachengebilde nach Syphilis.
Fig. 4. Perforation des weichen Gaumens durch ulceröse Syphilis.

Tafel XVI.

Fig. 1. Leukoplakia (Psoriasis) buccalis.
Fig. 2. Epithelialcarcinom der Wangenschleimhaut.
Fig. 3. Cavernöses Angiom der Wangenschleimhaut.

Tafel XVII.

Fig. 1. Tonsillitis (Angina) follicularis.
Fig. 2. Chronische Hypertrophie der linken Tonsille, eine Geschwulst vortäuschend.
Fig. 3. Tonsillitis chronica.
Fig. 4. Benigne Tonsillar-Mykose.

Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome der Tonsillen.
Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.
Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.

Tafel XIX.

Fig. 1. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).
Fig. 2. Angina phlegmonosa.
Fig. 3. Rachendiphtherie.
Fig. 4. Rachendiphtherie.

Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde.
Fig. 2. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).
Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).
Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Tafel XXI.

Fig. 1. Spät-syphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde; perforirendes Geschwür der Uvula.
Fig. 2. Spät-syphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde (Spiegelbild).
Fig. 3. Sarkom der Tonsillargegend, ein Gumma vortäuschend.

Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialkrebs im Bereich des linken Arcus palato-glossus.
Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

Tafel XXIII.

Fig. 1. Spätsyphilitisches Geschwür des Naso-Pharynx.
Fig. 2. Pharyngitis granulosa.
Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.
Fig. 4. Defect der Uvula, Narben der Gaumen- und Zungenschleimhaut neben florider Tuberculose (Lupus) der Zunge und des Kehlkopfes.

Tafel XXIV.

Fig. 1. Angiosarkom des Pharynx.
Fig. 2. Spindelzellensarkom des weichen Gaumens und Rachens, zahlreiche quergestreifte Muskelfasern enthaltend. (Myosarkoma striocellulare palati mollis et pharyngis).
Fig. 3. Rundzellensarkom des Pharynx.

Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).
Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform).

Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).
Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).
Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).

Tafel XXVII.

Fig. 1. Makroglossie, durch eine Lymphcyste (Lymphangioma cysticum) bedingt.
Fig. 2. Makroglossie mit Furchenbildnng.
Fig. 3. Hyperplasie der Zungentonsille (directer Berücksichtigung zugänglich).
Fig. 4. Papillom der Uvula.

Tafel XXVIII.

Fig. 1. Sublinguale Dermoidcyste.
Fig. 2. Ranula.
Fig. 3. Sublinguales, knotenförmiges Lymphangiom.

Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica, Annulus migrans).
Fig. 2. Breite Condylome der Zunge.
Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.

Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.
Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.
Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.
Fig. 4. Soor der Mundhöhle.

Tafel XXXI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge mit pinselförmig gewucherten Papillae filiformes (im Anschluss an eine seit 20 Jahren bestehende Leukoplakie).
Fig. 2. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).
Fig. 3. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).
Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).
Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge (Gutartige Form.) (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar; in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren 4 $^1/_2$ Monaten abgebildet).

Tafel XXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.
Fig. 2. Serpiginöse Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhle, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).
Fig. 3. Tuberculose der Zunge.

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge.
Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.
Fig. 3. Lipom der Zunge.

Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge.
Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie) im Stande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.
Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.
Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.

Tafel XXXVIII.

Fig. 1. Carcinom der Zunge.
Fig. 2. Carcinom des Bodens der Mundhöhle.

Tafel XXXIX.

Fig. 2. Tugerculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).
Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).
Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose (Spiegelbild).

Tafel XL.

Fig. 1. Breite Condylome der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Gaumentonsillen.
Fig. 2. Syphilitische Erosionen der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand.
Fig. 3. Syphilitisches (?) Geschwür der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel.

Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rossenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.
Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea"), (Tornwaldt'sche Krankheit).
Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung des Recessus am Rachendach.

Tafel XLII.

Fig. 1. Chronische atrophirende Rhino-Pharyngitis (genuine Ozaena). Pharyngoskopisches Spiegelbild.
Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh (Pharyngitis superior); am Rachendach eine „austerschalenartige" Borke. Pharyngoskopisches Spiegelbild.
Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh. Schleimhaut durch zahlreiche kleine Recessus siebartig gelocht. Borkenbildung am Rachendach. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Bachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.
Fig. 2. Adenoide Vegetation des Nasen-Rachenraums.
Fig. 3. Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.
Fig. 4. Fibromsarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

Tafel XLIV.

Fig. 1. Stomatitis mercurialis (Stomakace mercurialis).

Fig. 2. Bednar'sche Plaques (Bednar'sche Aphthen, Gaumen-Aphthen) bei einem neugeborenen Kinde.

Fig. 3. Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut eines neugeborenen Kindes (Stomatitis gonorrhoica).

Fig. 4. Hämorrhagische Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis haemorrhagica) bei Morbus maculosus Werlhoffii.

Tafel I.

Fig. 1. Scrophulöse Hypertrophie der Lippen.

A. R., 16 J. alt. Fleischertochter aus Ostpreussen.

Keine tuberculöse Hereditaet zu eruiren, doch soll der in Folge eines Unglücksfalls im 49. Lebensjahr verstorbene Vater schwächlich gewesen sein und dauernd an Husten gelitten haben. Mehrere Geschwister der Pat. starben in frühester Kindheit. Von den am Leben befindlichen 8 Geschwistern sind die meisten schwächlich, „scrophulös". Eine 18 j. Schwester leidet seit mehreren Jahren an Eiter-Ausfluss aus den Ohren, eine 22j. Schwester ist lahm in Folge einer vor längerer Zeit schleichend entstandenen und wiederholt, aber erfolglos behandelten Anschwellung des rechten Kniegelenks.

Pat. selbst ist von Kindheit an sehr schwächlich gewesen, hat oft an Anschwellung der am Hals gelegenen Drüsen gelitten. Vor 4 Jahren machte sie Diphtheritis durch; sie ist noch nicht menstruirt. — Schon in ihrem 10. Lebensjahr machte sich eine Anschwellung beider Lippen, besonders der Oberlippe bemerkbar; mit Schmerzen war diese Anschwellung nicht verbunden, ausser, wenn die Lippen „eingeplatzt" waren, was öfters vorkam.

Dezember 1889: Schwächlich gebautes, nicht ihrem Alter entsprechend entwickeltes, blass aussehendes und anscheinend geistig wenig reges Mädchen. Die Lippen sind gewulstet, von blass-röthlicher Färbung; zugleich erscheint die Oberlippe ein wenig verkürzt und sind 3 in

verticaler Richtung verlaufende Rhagaden an derselben bemerkbar; innerhalb des von den Rhagaden durchfurchten medianen Theils der Oberlippe blättert die Epidermis an einzelnen Stellen in Form dünner, kleiner bräunlicher Lamellen ab. Die Resistenz des Gewebes der Lippen ist etwas über die Norm erhöht; an der Lippenschleimhaut fallen keine Veränderungen auf, doch unterscheidet sich dieselbe von der, sonst durchweg blassen übrigen Mundschleimhaut durch ein etwas lebhafteres Colorit. Am obersten Theil der Kronen der rechtseitigen oberen Schneidezähne beginnende Caries. Unterer Theil der äussern Nase etwas dick; Haut der äussern Nase, besonders an der Nasenspitze von speckigem Glanz. Eczema vestibuli narium, sonst rhinoscopisch nichts Bemerkenswerthes. Unter dem linken Kieferwinkel eine stark haselnussgrosse Lymphdrüse. Untersuchung des übrigen Körpers, besonders auch der Lungen, ergiebt nichts Abnormes. Ord. Roborirende Diät. Leberthran; Unguent. kal. jodat. mit massirenden Bewegungen in die Oberlippe einzureiben.

28. VI. 1890. Die Anschwellung der Lippen und der äussern Nase ist geringer geworden; sonst stat. idem. Ord. id. Ausserdem Salzbäder.

Fig. 2. Abscess der Unterlippe.

H., 25 J. alt, Beamter aus Königsberg.

Bei dem schwächlich gebauten, sonst aber gesunden, niemals syphilitisch inficirten Patienten fand sich Ende Dezember 1889 ein Furunkel an der Streckseite des r. Handgelenks. Mitte Januar 1890 ein solcher der l. Submental-Gegend. Am 21. I. 1890 bemerkte Pat. dicht unterhalb der rechten Unterlippe ein etwa erbsengrosses, mit einem gelben Kopf versehenes Knötchen, das er mit einer alten Nähnadel aufstach; auf leichten Druck quoll dann aus der Stich-Oeffnung Eiter und Blut hervor. Bald darauf nahm die Anschwellung erheblich an Umfang zu, auch machte sich im Bereich derselben ein schmerzhaftes Spannungsgefühl bemerkbar. Am 23. I. 1890 präsentirte sich Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas mit einem hart anzufühlenden, fast kirschgrossen Infiltrate des Lippenroths der rechten Unterlippen-Hälfte. An der Innenfläche dieses Infiltrats war die Schleimhaut geröthet, auf Druck empfindlich; Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen nicht nachweisbar. Am 26. I. 1890 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung) prominirt die Schleimhautoberfläche der Intumescenz fast halbkugelartig und ist die Geschwulst elastisch-weich, fluctuirend. Am 27. I. 1890 berichtet Pat., dass aus der alten Einstichstelle während der letzten Nacht eine relativ grosse Menge blutig gefärbten Sekrets spontan ausgeflossen sei. Diese, dicht unterhalb des Lippenroths gelegene Stelle der äussern Haut, welche, seit Pat. unter ärztlicher Beobachtung stand, nicht mehr erkennbar gewesen war, markirt sich heute durch das Anhaften eines kleinen Schorfs. Schwellung und Empfindlichkeit erheblich geringer als früher.

Am 31. III. 1890 sind krankhafte Veränderungen an der Unterlippe nicht mehr vorhanden.

Fig. 3. Cyste der Unterlippe.

A. T., 12 J. alt, Arbeitersohn aus Königsberg.

Der sonst gesunde Pat. hatte — angeblich erst in letzter Zeit — eine Erhabenheit an der rechten Seite der Unterlippenschleimhaut bemerkt und suchte deswegen in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas am 7. II. 1890 Rath.

Tafel I.

Man fand die in Fig. 3 abgebildete, sich etwa 2—3 mm über das Niveau ihrer Umgebung erhebende, mit einer perlmutterähnlich glänzenden Oberfläche versehene, durchscheinende kleine Geschwulst. Die Consistenz derselben war elastisch-weich, Berührung nicht empfindlich; auch über spontan auftretende Schmerzen in der Lippe hatte Pat. nie zu klagen. Bei der am 8. II. 1890 ausgeführten Excision der Geschwulst zeigte es sich, dass, wie vorausgesetzt war, eine Cyste vorlag. Der dünne Sack derselben enthielt gelblich gefärbte, ziemlich klare, gallertartige Flüssigkeit.

Am 15. II. 1890 konnte Pat. nach Entfernung der Nähte, mittels deren die Excisionswunde vereinigt war, als geheilt entlassen werden.

Tafel I.

Fig. 1. Scrophulöse Hypertrophie der Lippen.

Fig. 2. Abscess der Unterlippe.

Fig. 3. Cyste der Unterlippe.

Tafel I

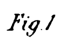






Fig. 3

Fig. 2

F. Braun pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel II.

Fig. 1. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe bei einer Greisin. (Primär-Affect, Sclerose, Hunter'scher Schanker, harter Schanker, syphilitischer Schanker.)

A. M., 66 J. alt, Handwerker-Wittwe aus Königsberg.

Patientin will früher gesund gewesen sein, insbesondere nicht an Hautausschlägen gelitten und keine Aborte durchgemacht haben; sie ist Mutter von 9 gesunden Kindern. Ihr Mann starb vor 20 Jahren.

Mitte Februar 1890 bemerkte Frau M. eine kleine gelbe „Blase" an der Unterlippe. Im Verlauf der nächsten Wochen wurde allmählich ein grosser Theil der Unterlippe wund und schwoll an; zugleich stellten sich Fiebererscheinungen, verbunden mit Appetit- und Schlaflosigkeit ein. — Pat. führt ihren Krankheitszustand auf Ansteckung von ihrem 1j., wie ermittelt wird, im Ambulatorium des Privatdocenten Dr. Falkenheim an acquirirter Syphilis behandelten Enkelkinde zurück. Von wem das betreffende Kind inficirt wurde, ist unbekannt.

27. IV. 1890. Kleine, schwächlich gebaute, blass aussehende Frau mit welker Greisenhaut.

Das Roth der Unterlippe an der ganzen linken Seite und der medianen Hälfte der rechten oberflächlich ulcerirt, theils mit missfarbenen Borken, theils mit gequollenem, gelblich verfärbtem Epithel bedeckt. Die betreffende Ulceration setzt sich auf die Innenfläche der Unterlippe in Form eines, bis fast an die Uebergangsfalte heranreichenden und nach unten mit unregelmässigem Landkartenartigem Rande abschliessenden flachen Geschwürs fort. In der Umgebung desselben bietet die Schleimhaut, abgesehen von einem mässigen Grade von Röthung, keine Veränderung dar. Gegenüber dem intact gebliebenen lateralen Theil der

rechten Unterlippen-Hälfte erscheint die geschwürige Partie erheblich verbreitert. Auch die äussere Haut in der nähern Nachbarschaft des linken Mundwinkels, besonders unterhalb desselben, ist entzündlich verdickt. Consistenz des infiltrirten Bezirks im Bereich der Schleimhaut elastisch-weich, im Bereich der äusseren Haut derb. Sämmtliche, der Betastung zugängigen Submental-, Submaxillar- und Cervicaldrüsen in mässigem Grade (nicht über Haselnussgrösse) geschwollen, ebenso die Inguinaldrüsen. Am Rumpf und den obern Extremitäten hirsekorn- bis linsengrosse braun - röthliche Flecke und flache Knötchen; an der Innenfläche der grossen Labien zerfallene Papeln von etwas erheblicherem Umfang. Acneartiges Exanthem der behaarten Kopfhaut. Schleimhaut der rechten Tonsille oberflächlich erodirt.

Unter antisyphilitischer Behandlung (Bedeckung des Lippen-Geschwürs mit Emplastrum mercuriale; in etwa 8tägigen Intervallen gemachten intramusculären Injectionen von 0,1 gr Hydrargyrum salicylicum) ist bis zum 17. V. 1890 die Geschwürsfläche der Unterlippe auf etwa Bohnengrösse reducirt, die entzündliche Schwellung ihrer Umgebung nach In- und Extensität geringer. Der nunmehr rein aussehende und gut granulirende Geschwürsgrund fühlt sich bei seitlichem Zusammendrücken consistenter an, als das benachbarte Gewebe. Der Hautausschlag ist verschwunden, die Affection der Tonsillar-Schleimhaut in augenscheinlicher Heilung, die Schwellung der Lymphdrüsen geringer geworden, das Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Mitte Juli 1890 entzieht sich Pat. der weitern Behandlung und stellt sich auf besondere Aufforderung erst am 23. II. 1891 wieder vor. An diesem Tage sind, abgesehen von unbedeutender Schwellung der linksseitigen Submaxillar-Drüsen, Krankheitserscheinungen nicht mehr nachzuweisen.

Fig. 2. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe.

Der Krankheits-Fall betraf eine nachweislich intacte, seitens ihres einige Monate zuvor an Lues erkrankten Bräutigams durch Kuss inficirte 21jährige Jungfrau. Für den Gesichtssinn markirte sich der Hunter'sche Lippen-Schanker als eine auf die Mitte der Lippe beschränkte Vorwölbung, die in ihrem centralen Theil am erheblichsten war, nach der Peripherie hin sich allmählig abflachte. Im Bereich einer etwa 5 mm im Durchmesser haltenden runden Stelle war die Oberfläche der Geschwulst ulcerirt und mit einer braun-röthlichen Kruste bedeckt. Bei der Betastnug (zwischen zwei Fingern) fühlte sich die infiltirte Partie der Unterlippe derb an.

Von sonstigen Symptomen der Syphilis bestanden zur Zeit der Aufnahme der Abbildung: Indolente Schwellung der Submaxillar - Drüsen, einer Submental - Drüse und Roseola. Nach etwa sechswöchiger mercurieller Behandlung war der indurirte Lippen-Schanker ohne erkennbare Narbenbildung geheilt, das specifische Exanthem verschwunden und hatten sich die intumescirten Drüsen sehr erheblich verkleinert.

Die Erlaubniss, den Fall zeichnen lassen zu dürfen und die Notizen über denselben, verdanken wir Herrn Prof. Schneider in Königsberg.

Fig. 3. Breite Condylome (Condylomata lata, breite Feigwarzen, Schleimpapeln, Schleimhautsyphilide, Plaques muqueuses, Plaques opalines) der Lippenschleimhaut.

Verschiedene Formen, resp. verschiedene Entwicklungsstadien breiter Condylome der Lippenschleimhaut bei einer 24j. Frau, die, etwa ein Jahr zuvor mit Lues inficirt, neuerdings

Tafel II.

eines Recidives wegen (maculo-papuloeses Syphilid am Rumpf, Condylomata lata ad genitalia, anum, mucosam cavi oris, Schwellung der Cervical-, Nuchal- und Inguinal-Drüsen) sich vorgestellt hatte. Die in der Mundhöhle vorhandenen Plaques sassen an den Gaumenbögen, der Schleimhaut der Wangen und beider Lippen. Von den, in Fig. 3 abgebildeten Condylomen der Unterlippen-Schleimhaut entspricht das, der Uebergangsfalte zur Alveolar-Schleimhaut zunächst gelegene der erythematoesen, die beiden dem Lippenroth näher gelegenen der papulösen Form des Schleimhaut-Syphilid's.

Fig. 4. Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut.

Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut bei einer 24j. Frau aus Ostpreussen, die im Juli 1889 unter den Erscheinungen constitutioneller Syphilis erkrankt, von dem in ihrer Gegend ansässigen Arzte mit 4, in 8tägigen Intervallen ausgeführten subcutanen, resp. intramusculären Injectionen in die Glutaealgegend behandelt war. Die, bereits früher existirenden, besonders beim Essen recht lebhaften Schmerzen im Mund und im Halse hatten sich unter dieser Therapie nicht gebessert, weshalb Pat. Anfang October 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath suchte. Um diese Zeit (in welche auch die Aufnahme der Abbildung fällt) bestanden folgende Krankheits-Erscheinungen: Lichtung des Haarbodens an einigen kleinen, nicht scharf umgrenzten, sonst übrigens unveränderten Stellen der Kopfhaut, Polyadenitis, besonders Schwellung der Submental- und Cervical-Drüsen, nässende Papeln in der Umgebung des Afters, breite Condylome der Zungenspitze, der Gaumenbögen, der Uvula, der Schleimhaut des velum palatinum (s. Tafel XV. Fig. 2), etwas Röthung und Schwellung der Gingiva.

Das gequollene Epithel, welches die Oberfläche der Schleim-Papeln der Mundhöhle deckte, hatte (vielleicht unter dem Einfluss eines gewissen Grades von Mercurialismus?) ein noch heller-weisses Colorit angenommen, als gewöhnlich.

Die papuloesen Veränderungen der Mundwinkel präsentirten sich unter dem typischen Bilde etwa hufeisenförmiger, von schmutzig-gelben Borken bedeckter, an den Lippen selbst tief eingerissener, steilrandiger Erhabenheiten.

Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen durch etwa 5wöchige Behandlung (Mund-Reinigung mit verdünntem Liquor Alumin. acet., Cauterisation der Plaques mit Argentum nitricum in Substanz, innerlich: Jodkalium).

Tafel II.

Fig. 1. Syphilitischer Initial-Affect (Primär-Affect, Sclerose, Hunter'scher Schanker, harter Schanker, syphilitischer Schanker) der Unterlippe bei einer Greisin.

Fig. 2. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe.

Fig. 3. Breite Condylome (Condylomata lata, breite Feigwarzen, Schleimpapeln, Schleimhautsyphilide, Plaques muqueuses, Plaques opalines) der Lippenschleimhaut.

Fig. 4. Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut.



Tafel II

Fig 1



Fig 2



Fig 4



Fig 3



Tafel II

Fig 1



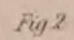

Fig 2



Fig 4



Fig 3



K. Braune pinxit

W.A. Meyer Lith. Inst. Berlin

Tafel III.

Doppelter syphilitischer Initial-Affect der Ober- und Unterlippe.

H. S., 23 J. alt, Comptoirist aus Westpreussen.

Eltern und Geschwister des Patienten leben und sind gesund. Der Kranke selbst ist seit seinem 2. Lebensjahr skoliotisch, seit dem 17. Jahre leidet er an asthmatischen Anfällen. Anderweitige Krankheiten will er nicht durchgemacht haben, insbesondere früher nie venerisch inficirt gewesen sein. Im Juli 1889 vollzog der (unverheirathete) Pat. angeblich zum letzten Male den Coitus; seitdem sollen nähere Berührungen mit Frauenzimmern nicht stattgefunden haben. Mitte Januar 1890 bemerkte Herr S. an der Unterlippe eine kleine Blase, 5 Tage später eine ähnliche Erhabenheit an der entsprechenden Stelle der Oberlippe. Beide Efflorescenzen bedeckten sich im Laufe der nächsten Woche mit Borken. Pat. trat nunmehr in ärztliche Behandlung. Als trotzdem bis Anfang März die krankhaften Veränderungen nicht nur nicht verschwunden waren, sondern sogar weitere Fortschritte machten, liess er sich in die chirurgische Klinik zu Königsberg aufnehmen.

7. III. 1890. Kleiner, blass aussehender, kypho-skoliotischer Mann. Subjective Beschwerden: Spannungsgefühl in den Lippen, mässige Schmerzen beim Essen, besonders beim Geniessen stark gewürzter Speisen. Appetit und Schlaf gut. Kein Fieber. An den Lippen fallen auf den ersten Blick die, einen grossen Theil der linken Hälfte des Lippenroths, theilweise auch noch der angrenzenden Haut- und Schleimhautpartien occupirenden Geschwülste auf. Die schalenartig vertiefte, von einem erhabenen Rande umgebene Oberfläche derselben ist mit gelbröthlichen festanhaftenden Borken bedeckt und bietet nach Ablösen derselben blassrothe Färbung und ein glattes spiegelndes Aussehen dar. Beide Tumoren fühlen sich derb, der Rand des oberen fast knorpelhart an. An der Unterlippe ist der Umfang der eigentlichen Geschwulst um etwa ein Viertel grösser, als der der excoriirten Oberfläche; aber auch Lippenroth und Lippenschleimhaut an den nicht von der Knotenbildung betroffenen Theilen der Unterlippe sind entzündlich geröthet und geschwollen, am stärksten zunächst des Tumors. An der Oberlippe ist die in der Umgebung des Tumors bestehende Infiltration nach In- und Extensität nicht so erheblich. Stomatitis mässigen Grades. Submental-, Submaxillar- und Nuchal-Drüsen geschwollen, auf Druck aber nicht empfindlich. Das in der Unterkinngegend vorhandene Drüsen-Packet ist etwa wallnussgross. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

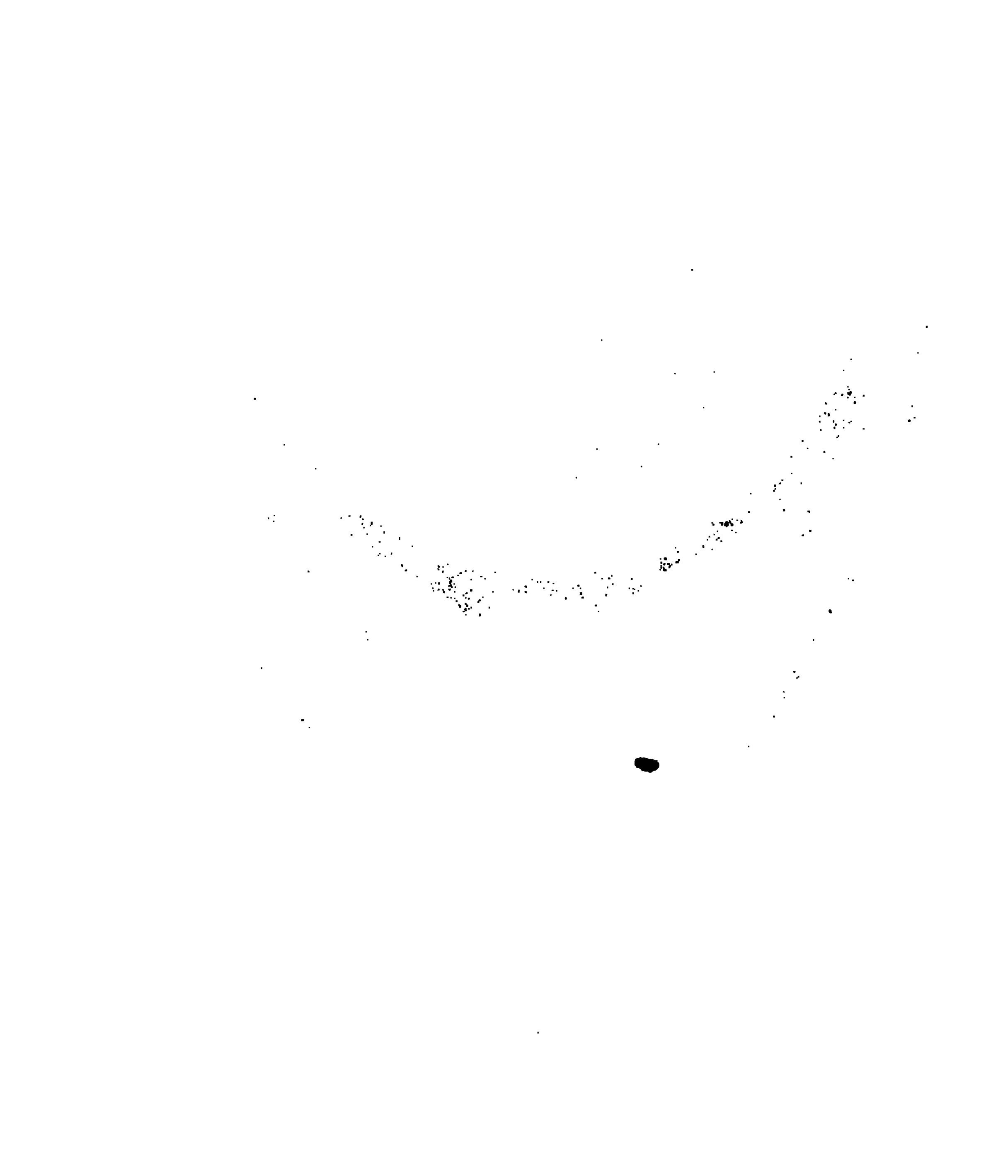
Ord.: Kal. jod. 1,0 p. d. als Suppositorium. Kal. chloric. (1 Theelöffel in 1 Glas Wasser gelöst) zum Mundspülen, Abreiben der Zähne und des Zahnfleisches mit Jodoform, täglich ein Schwitzbad. 11. III.: Die Jodkali-Suppositorien werden nicht vertragen, es stellt sich nach Einführung derselben regelmässig lästiges Brennen im Mastdarm und Stuhldrang

ein. Ord. 2,0 Jodkalium p. d. innerlich, Einreibung von Unguent. Hydrarg. in die Haut über den geschwollenen Lymphdrüsen 26. III.: Ulcerationen überhäutet, Knoten verkleinert, Stomatitis fast ganz verschwunden. Jodexanthem und Jodschnupfen. Pat. wird fortan mit 2 Mal wöchentlich in die Glutaealgegend gemachten Injectionen von 0,1 Hydrargyrum salicylic. (in 1,0 Paraffin liquid.) behandelt, aber auf seinen Wunsch bereits am 1. IV. 1890 aus der Klinik entlassen, nachdem die bis dahin beobachteten Krankheitserscheinungen insoweit beseitigt sind, dass an Stelle der früheren Knoten sich nur noch diffuse leichte Verdickungen der Ober- und Unterlippe zeigen. Ueber den centralen Partien dieser Verdickungen zeigt die Haut ein narbiges Gefüge. Schwellung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen kaum noch nachweisbar.

20. VII. 1890. Nach brieflichem Bericht vom heutigen Datum hat Pat. sich auf Verordnung des ihn an seinem Wohnort behandelnden Arztes in directem Anschluss an die hier durchgemachte Kur noch einer sechswöchigen Inunctions-Kur unterzogen und später wiederum Jodkalium gebraucht. Hautausschläge haben sich bisher nicht gezeigt, wohl aber traten wiederholt Halsaffectionen (Anschwellung der Mandeln und des Zäpfchens, Geschwüre im Hals) auf.

Tafel III.

Doppelter syphilitischer Initial-Affect der Ober- und Unterlippe.



Tafel III.



H. Braune pinxit.

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.

Tafel IV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Unterlippe (Epithelialkrebs, Cancroid, Epitheliom).

W. P., 40jähriger Kutscher aus Ostpreussen, bemerkt seit 1 Jahr die Entwicklung des langsam grösser werdenden Geschwürs der Unterlippe. 30. IX. 1889. Die Mitte der Unterlippe .ägt ein flaches Geschwür, dessen Grund und Ränder nur wenig indurirt sind. Den linken Rand begrenzt ein 2—3 mm breiter Narbensaum, welcher an einer Stelle in einen oberflächlichen, etwa 5 mm im Durchmesser haltenden, vollständig benarbten Defect der Schleimhaut übergeht. Wiewohl weder die Anamnese noch die Untersuchung des Kranken Anhaltspunkte für Syphilis ergiebt, wird eine antiluetische Behandlung eingeleitet. Kein Erfolg. Keilexcision, glatte Heilung. — Mikroskopische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

G. P., 47jähriger Landmann aus Ostpreussen. Vor 10 Monaten begann die Unterlippe an einer Stelle wund zu werden, seit 6 Monaten entwickelt sich an dieser Stelle die stetig an Umfang zunehmende Verhärtung. 21. X. 1889. Kräftig gebauter, sonst gesunder Mann. Die abgebildete Geschwulst nimmt etwa die Hälfte der Unterlippe ein, erhebt sich 2—5 mm flach über das umgebende Niveau, ist fast in ganzer Ausdehnung exulcerirt, am unteren Rande mit Borken bedeckt. Die ganze Geschwulstmasse fühlt sich derb, unelastisch an und greift 5—10 mm tief in die Substanz der Lippe. Unter dem Kinn und den Kieferrändern mehrere bis haselnussgrosse, harte, nicht druckempfindliche Lymphdrüsen. — Excision der Geschwulst durch 1 cm weit im Gesunden geführte Schnitte. Exstirpation der Drüsen. Cheiloplastik aus der Kinn- resp. Halshaut. Glatte Heilung.

Fig. 3. Melanocarcinom der Oberlippe.

M. P., 48jähriger Landmann aus Galizien. Vor 4 Monaten bemerkte Pat. eine kleine, nicht schmerzhafte, dunkel gefärbte Geschwulst an der Innenfläche der Oberlippe. Da sie

i
]
(

Fi

Fi;

Fig

Tafel IV.

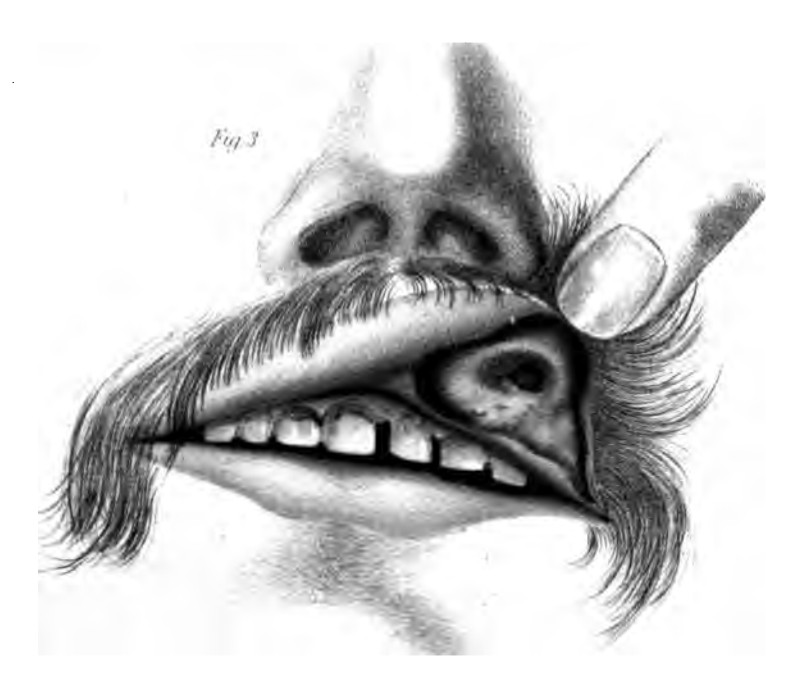
Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Tafel V.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

D. L., 60jähriger Bauer aus Ostpreussen. Vor 5 Jahren zerriss sich Pat. durch einen Fall die Unterlippe, welche vernäht wurde und anstandslos wieder zusammenheilte. Vor $^3/_4$ Jahren entwickelte sich in der Narbe eine harte Stelle, welche nach 6 Wochen wund wurde. Von da an nahm die Verhärtung stetig an Umfang zu, bis sie zur gegenwärtigen Geschwulst heranwuchs. Geringe Beschwerden. Im letzten Jahre soll Pat. abgemagert sein. 27. XI. 89. Schlecht genährter Mann ohne anderweitig nachweisbare krankhafte Veränderungen. Die abgebildete Geschwulst nimmt die ganze Unterlippe bis über die Mundwinkel ein. Die pilzförmig überwuchernden Massen sind von mässig derber Consistenz; sie lassen bei Druck aus einzelnen erweichten Partien ein rahmartiges Secret hervortreten. Die Geschwulst geht in Form einer flach-höckerigen Verhärtung in die Haut bis nahe an das Kinn über. Die ganze Geschwulstmasse über der knöchernen Unterlage nicht verschiebbar. Unter dem Kinn und den Kieferwinkeln eine Reihe oberflächlicher, harter, bis haselnussgrosser Drüsen. Ausrottung der Geschwulst sammt den Weichtheilen des Kinnes bis auf den Knochen. Entfernung der Lymphdrüsen. Cheiloplastik aus der Halshaut in 2 Zeiten. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

C. D., 58jähriger Arbeiter aus Ostpreussen, bis dahin gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren bildete sich auf der Unterlippe ein Geschwür, welches allmählich grösser wurde und jeder Behandlung trotzte. Seit 1 Jahr raschere Vergrösserung desselben mit fortschreitender Zerstörung der Lippe. — 1. II. 1888. Schlecht genährter Mann mit schlaffen Hautdecken. Bronchitis; sonst keine nachweisbaren Veränderungen. Die abgebildete Zerstörung, welche die ganze Unterlippe und die Grenzpartien der Oberlippe betrifft, lässt kaum die Zeichen einer Geschwulstbildung erkennen. Nur der tastende Finger kann eine, stellenweise sehr deutliche, selbst mehrere Millimeter in's Gewebe reichende Induration der Geschwürsränder constatiren. An einzelnen Stellen wuchern aus der Geschwürsfläche hirsenkorn- bis erbsengrosse

Tafel V

Fig 1



Fig 2



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel VI.

Fig. 1. Lymphangiom der Oberlippe (Angioma lymphaticum simplex, Teleangiektasia lymphatica).

J. K., 10j. Mädchen aus Galizien, sonst gesund und frei von Beschwerden. Bereits seit der Geburt sollen die vorhandene mässige Verdickung der rechten Seite der Oberlippe und „grützeartige" Knötchen an der entsprechenden Partie der Lippenschleimhaut vorhanden sein. Im Sommer 1885 wurde Pat. der chirurgischen Klinik zu Krakau zugeführt. Man fand die Haut der Oberlippe an der rechten Seite diffus geschwollen, sonst aber unverändert. Kehrte man die Lippe nach aussen, so traten die in Fig. 1 dargestellten Veränderungen zu Tage: Von der rechtseitigen Lippen-Commissur bis etwa in die Gegend des medialen linken Schneidezahns erhebt sich die Schleimhaut um etwa 1—2 mm über das Niveau der Umgebung. Die infiltrirte Partie ist bogenförmig umgrenzt, von einigen grösstentheils in verticaler Richtung ziehenden Falten durchzogen, mit einem unversehrten, stellenweise weisslich verfärbten Epithelüberzug versehen. Im Bereich der Geschwulst fallen bei genauerer Betrachtung zahlreiche nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse, theils opake, theils (bei seitlicher Beleuchtung) durchscheinende Knötchen auf. Eine, oberhalb des rechten lateralen Schneide- und des rechten Eckzahns gelegene, dem Lippenroth benachbarte Stelle der Schleimhaut ist (durch hämorrhagische Exsudation) schiefrig verfärbt. Für den tastenden Finger fühlt sich die geschwollene Schleimhaut rauh und etwas derber an, als die Umgebung; durch Compression lässt sich der Umfang der veränderten Theile der Oberlippe ein wenig verkleinern.

Am 10. VI. 1885 wird in der Krakauer chirurg. Klinik die Geschwulst flach excidirt, zwischen Wundfläche und Zahnreihen Jodoformgaze gelegt. Glatte Heilung durch Granulationen.

Betreffs des microscopischen Befundes in den Fällen von Lymphangiom der Mundhöhle vgl. den Text zu den auf Tafel XXVIII, XXXVI und XXXVII abgebildeten analogen Fällen.

Fig. 2. Seit Kindheit bestehendes cavernöses Angiom (Tumor cavernosus) der Unterlippe, auf dessen Boden sich im späteren Alter ein Epithelialcarcinon entwickelt.

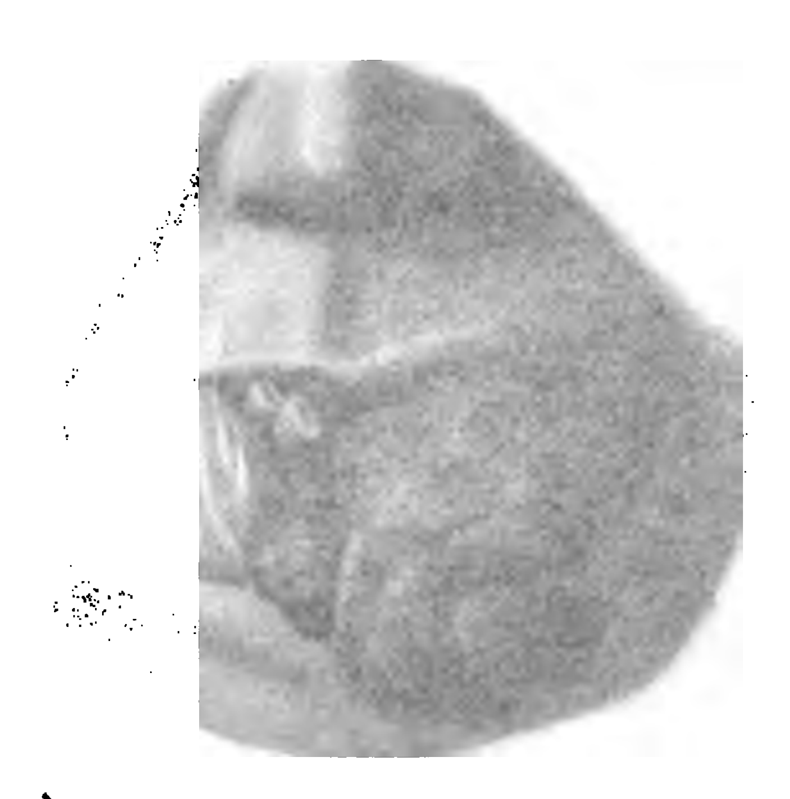
F. L., 76jähriger Grundbesitzer aus Ostpreussen. Seit frühester Kindheit bestehen die später zu beschreibenden Gefässgeschwülste der Mundhöhle und Gesichtshaut. Seit 10 Jahren allmähliche Vergrösserung derselben bis zur jetzigen Grösse. Vor 1 Jahr entwickelte sich auf der Geschwulst der Unterlippe ein kleines hartes Knötchen, welches stetig wuchs und später

oberflächlich zerfiel. Geringe Beschwerden beim Essen, von Zeit zu Zeit leichte Blutungen. Die in Fig. 2 dargestellte Geschwulst nimmt den grössten Theil der schlaff herabhängenden Unterlippe ein; in der äusseren Haut scharf umschrieben, geht sie im Vestibulum oris in zahlreiche ectatische Venen über, welche sich bis in die Gingiva und Wangenschleimhaut fortsetzen. Die Hauptmasse des Tumors ist leicht zusammendrückbar. Etwa der Mitte der Unterlippe entsprechend trägt derselbe eine flach pilzförmig aufsitzende, fast knorpelharte Masse, welche bis auf die Ränder vollständig exulcerirt ist. Dieselbe hat einen Durchmesser von 2—3 cm, eine Dicke von $^1/_2$—1 cm. An der Wange und am Kieferrande linkerseits mehrere linsen- bis bohnengrosse Gefässgeschwülste von derselben Beschaffenheit wie die Geschwulst der Unterlippe. Die linke Zungenhälfte ist in ihrem vorderen Abschnitt durch einen ähnlichen, nicht scharf abgrenzbaren, am Zungenrande durch die verdünnte Schleimhaut blauroth durchschimmernden Tumor unförmlich verdickt. Am Boden der Mundhöhle zahlreiche erweiterte Venen. Drüsen nicht palpirbar. — 29. XI. 1888. Nach Anlegung von 4 provisorischen Umstechungsligaturen an den Grenzen der Lippengeschwulst, wird die Hauptmasse des Angioms sammt dem Carcinom mit dem Thermocauter abgetragen. Glatte Heilung. — 4. XII. 1889 laut brieflicher Mittheilung: Anschwellung der Halsdrüsen. Im Laufe desselben Winters ist Pat. während der Influenza-Epidemie einer Pneumonie erlegen. — Histologische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

Tafel VI.

Fig. 1. Lymphangiom der Oberlippe (Angioma lymphaticum simplex, Teleangiektasia lymphatica).

Fig. 2. Seit Kindheit bestehendes cavernöses Angiom (Tumor cavernosus), der Unterlippe, auf dessen Boden sich im späteren Alter ein Epithelialcarcinom entwickelt.



Tafel VII.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür des Mundwinkels bei einem Phthisiker.

O. S., 29 J. alt, Handwerker aus Königsberg, aus tuberculöser Familie stammend, hat selbst mehrere Male an Hämoptoe gelitten. In den letzten Monaten Husten, Nachtschweisse, zunehmende Abmagerung. Das abgebildete Geschwür entwickelte sich vor etwa 3 Monaten allmählich aus einer kleinen wunden Stelle am Mundwinkel. — Am 25. November 1887 stellt sich Pat. in der Königsberger chirurgischen Klinik vor. — Elend aussehender Mann mit den Erscheinungen florider Lungenphthise. Die Ränder des abgebildeten Geschwüres sind zernagt, leicht geröthet und leicht aufgeworfen, der Geschwürsgrund von zerfallendem, mit spärlichem, missfarbigem Secret bedecktem Gewebe gebildet. Geschwürsgrund und Ränder wenig indurirt. Das Geschwür verursachte dem Pat. wenig Schmerzen. Anderwärts keine Geschwüre; keine Zeichen von Lues. — Das Geschwür wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die Wundfläche täglich mit Jodoform bestäubt; es verkleinerte sich allmählich und soll nach Angabe der Frau des Pat. nach etwa 3 Monaten ganz vernarbt sein. Dagegen nahm die Lungentuberculose einen rapiden Verlauf. Am 14. März 1888 erlag Pat. derselben (nach Mittheilung des behandelnden Arztes).

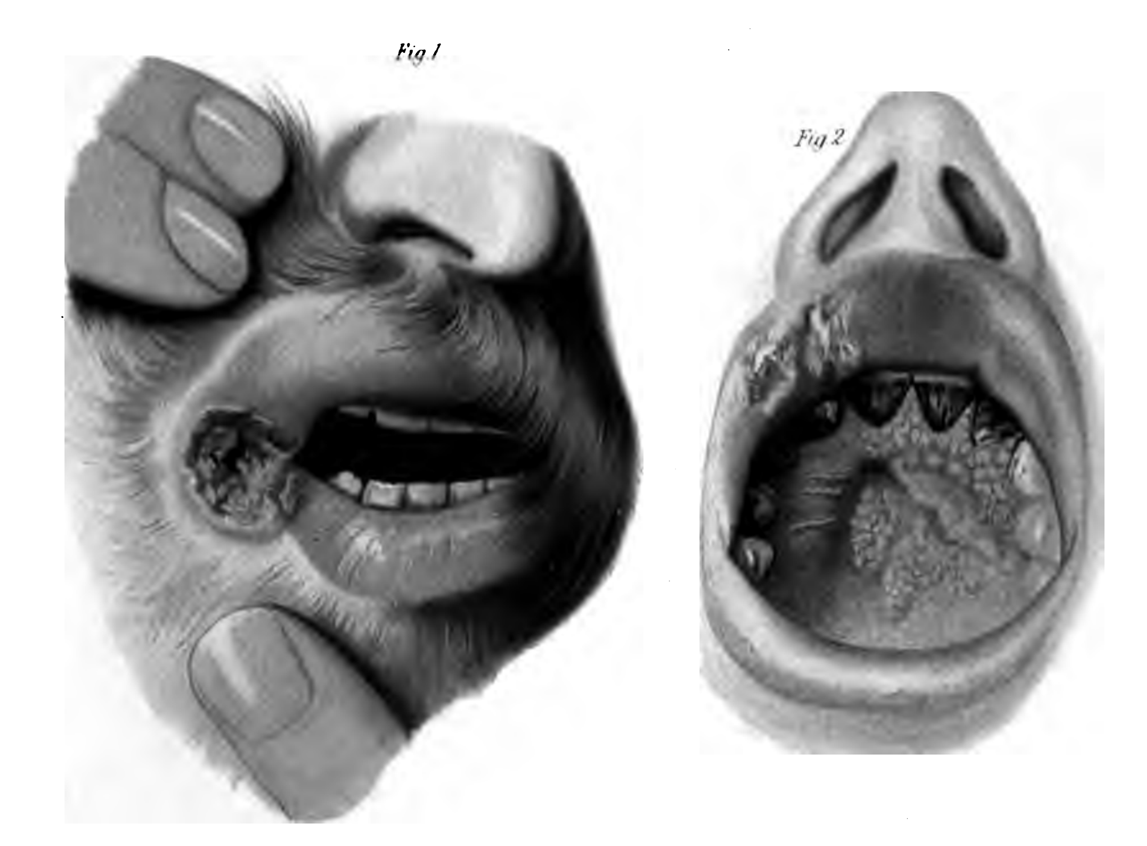
Fig. 2, 3 und 4. Primäre Tuberculose (Lupus) der Oberlippe, des Zahnfleisches und des harten Gaumens. (Fig. 4 in geheiltem Zustande.)

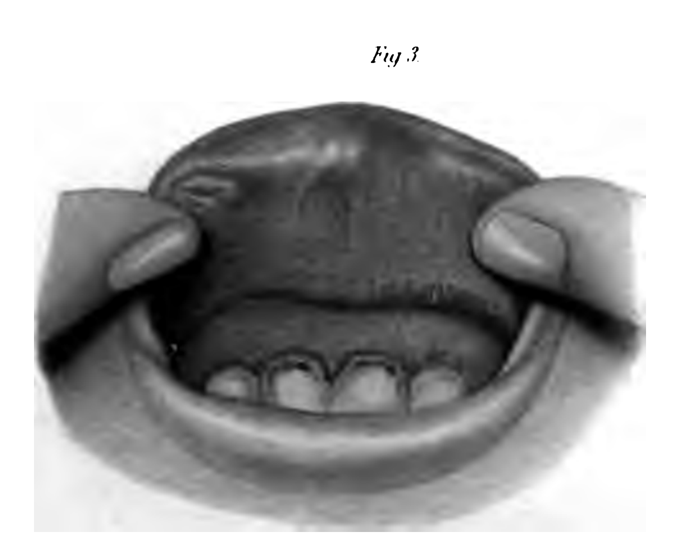
F. W., 15 J. alt, Arbeitersohn, aus Ostpreussen.

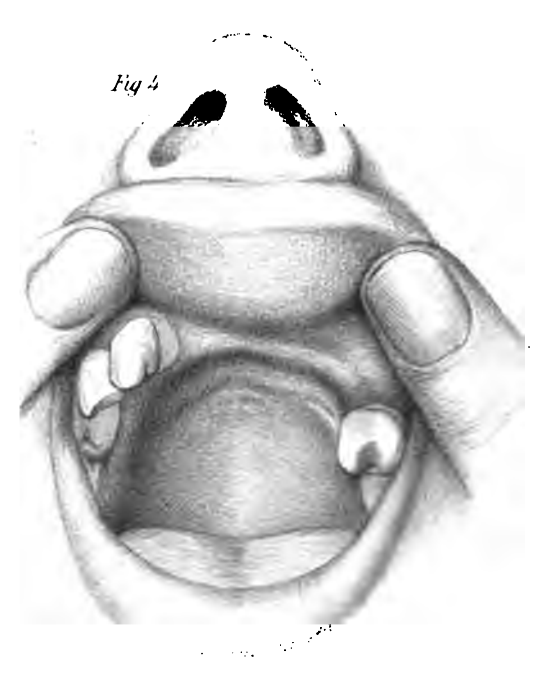
Pat. giebt an, sein Vater habe in seiner Jugend an scrophulösen Drüsen gelitten. Mutter und Geschwister gesund. Vor 3 Jahren bemerkte Pat. am Gaumen mehrere kleine wunde Stellen, welche bei Berührung leicht bluteten. Sie vergrösserten sich allmählich zu Geschwüren von dem jetzigen Umfange; später traten ähnliche Geschwüre an der Lippe auf. Verschiedene Einpinselungen und Mundwässer blieben erfolglos. — 23. Mai 1888: Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Mässig genährter, etwas anämischer Knabe, sonst gesund; speciell die inneren Organe zeigen keine Veränderungen. Oberlippe in toto etwas geschwollen. Unter der rechten Nasolabialfalte ist die Haut der Oberlippe von einem 10—12 mm im Durchmesser haltenden flachen, theilweise von dünnen Borken bedeckten Geschwür eingenommen; Ränder etwas verdickt und indurirt. In der nächsten Nähe einige senfkorngrosse bläulichrothe nicht excoriirte Knötchen. Das Lippenroth sowie die Schleimhautfläche der Lippe von den in



Tafel VII







H. Braune pinx.

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel VIII.

Fig. 1. Gingivitis simplex, als Begleiterscheinung von Caries dentium und Zahnsteinbildung.

Fr. Sch., 29 J. alt, Fleischerfrau aus Königsberg, stellte sich am 9. XII. 1889 mit der Klage über Schmerzen in der rechten Seite der Mundhöhle vor, die ihr das Kauen auf dieser Seite in hohem Grade erschwerten.

Objectiv: Rechts unten fehlt der 1. Molar, der 2. und 3. sind cariös; auch die obern Backzähne der rechten Seite sind zum Theil cariös, zum Theil fehlen sie. Ränder des Zahnfleisches der rechten Unterkieferseite gewulstet und sammetartig geröthet. Die Wangenschleimhaut derselben Seite bildet, der Berührungsstelle der Backzähne gegenüber, eine weisslich verfärbte, über das Niveau ihrer Umgebung sich erhebende Falte. An den rechtsseitigen unteren Backzähnen reichlicher Zahnstein; der dem Zahnfleisch zunächst gelegene Theil der Kronen von missfarbener dunkel-grünlicher Farbe. Mikroskopisch in dem abgeschabten Belag: Epithelien, Leukocyten, Leptothrix und verschiedenartige Bacterien, unter denen Rasen von Bacillus maximus buccalis (vgl. Miller, Mikroorganismen der Mundhöhle, Leipzig 1889, S. 53) prävaliren.

Behandlung: Extraction der cariösen oberen rechtsseitigen Backzähne und des rechten untern dens sapientiae, Plombiren des 2. r. u. Molar's, mechanische Entfernung des Zahnsteins (durch Herrn Zahnarzt Dr. Kirchner); dann Spülungen mit thymolhaltigem Mundwasser.

Erfolg der Behandlung: Besserung der Beschwerden, Beseitigung des Reizzustandes der afficirten Theile der Mundschleimhaut.

Fig. 2. Purulente Gingivitis (Periostitis alveolo-dentalis, Pyorrhoea alveolaris).

B. S., 43 J. alt, Schuhmacherfrau aus Königsberg.

Die kräftig gebaute, sonst gesunde Frau giebt an, schwerere Krankheiten nie durchgemacht zu haben. Sie wurde Mutter zweier Kinder, die beide im Alter von wenigen Wochen an Krämpfen starben. Keine Aborte. Das Zahnfleisch habe, so lange Pat. zurückdenken kann,

beim Essen leicht geblutet. Eine Behandlung dieses Zustandes fand nicht statt. Patientin ist nicht einmal gewohnt, sich einer Zahnbürste regelmässig zu bedienen.

Im April 1889 machte sich ein Gefühl von Spannung „wie bei dem Beginn eines Zahngeschwürs" im Zahnfleisch, besonders der oberen Schneidezähne bemerkbar. Gleichzeitig fiel der Patientin auf, dass, wenn sie mit dem Finger einen leichten Druck ausübte, ein Tropfen Eiter unter dem Zahnfleisch fast aller Zähne hervorquoll. Sie suchte deswegen am 3. XI. 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand die Gingiva durchweg aufgelockert, ihren Rand stellenweise intensiv geröthet; die Sonde liess sich unter dem Zahnfleisch mehrere Millimeter tief vorschieben, ohne auf Widerstand zu stossen und ohne erhebliche Schmerzen hervorzurufen. Bei leichter Compression der Gingiva kam am Rande derselben purulentes Secret zum Vorschein, an den oberen Schneidezähnen je ein Tropfen, an den anderen Zähnen weniger (s. d. Abbildung). Unten fehlen beiderseits die 2. Molares; die anderen Zähne sind gesund; die untere Partie der Zahnkronen der unteren Schneidezähne mit Zahnstein bedeckt.

Therapie: Ueber jedem Zahnhals wird die Gingiva mittelst eines bis auf den Alveolarrand dringenden Längsschnittes durchtrennt und die Schnittfläche wie der unterminirte Theil des Zahnfleisches mit Jodoform ausgerieben. Dann: Regelmässige Mund-Spülung mit verdünntem Liquor Alumin. acetic.

Unter dieser Behandlung verringerte sich bis Ende November 1889 die Eiterung aus dem Zahnfleisch erheblich. Um die genannte Zeit entzog sich Pat. der weiteren Beobachtung und stellte sich erst am 25. II. 1890 auf specielle Aufforderung wieder vor. Sie giebt an, dass sie auf eigene Hand noch mehrere Wochen hindurch mit Kamillen-Aufguss getränkte Charpie auf dass Zahnfleisch aufgelegt habe. Seit Ende Januar 1890 hätten dann die Schmerzen, die bis dahin in geringem Grade fortbestanden, cessirt; auch sei nun keine Spur von Eiter durch Druck mehr zum Vorschein zu bringen gewesen. Objectiver Befund: Zahnfleisch-Pyramiden im Bereich der oberen Schneide- und Eckzähne noch deutlich geschwollen, von gleichmässig rother, glanzloser Färbung. Der Hals der medialen oberen Schneidezähne liegt frei. An den unteren Schneidezähnen ist der Zahnfleisch-Rand ein wenig verdickt. Keine Eiterung mehr.

Fig. 3. Stomatitis mercurialis.

G., 22 J. alt, Student aus Königsberg.

In missverständlicher Auffassung einer ihm von seinem Arzt ertheilten Verordnung hatte der an Syphilis erkrankte Patient vom 18. XII. 1889 bis 23. XII. 1889 täglich 15 gr Unguent. Hydrargyr. ciner. in die Körperhaut eingerieben. Seit dem 24. XII. 1889: Uebler Geruch aus dem Munde, Speichelfluss, Brennen im Munde, Schlingbeschwerden, Uebelkeit und Abgeschlagenheit. Bis zum 4. I. 1890 (Datum der Aufnahme unserer Abbildung) hatte die Behandlung des Krankheitszustandes in innerlichem Gebrauch von Pulvern und Mundspülen mit Kamillen-Thee bestanden. Vom 2. I. 1890 an waren ausserdem Inhalationen mit Sol. kal. chloric. angewandt, die Erosionen der Lippenschleimhaut ein Mal auch oberflächlich mit Argentum nitricum touchirt worden.

4. I. 1890. Patient sieht sehr elend aus, vermag sich nur mit Anstrengung während der Zeit, die zur Anfertigung der Abbildung nothwendig ist, aufrecht zu erhalten. Geklagt wird: über unerträgliches Brennen an den Lippen, fortwährende Ansammlung eines „scharfen" Speichels im Munde sowie darüber, dass feste Nahrung gar nicht, flüssige nur

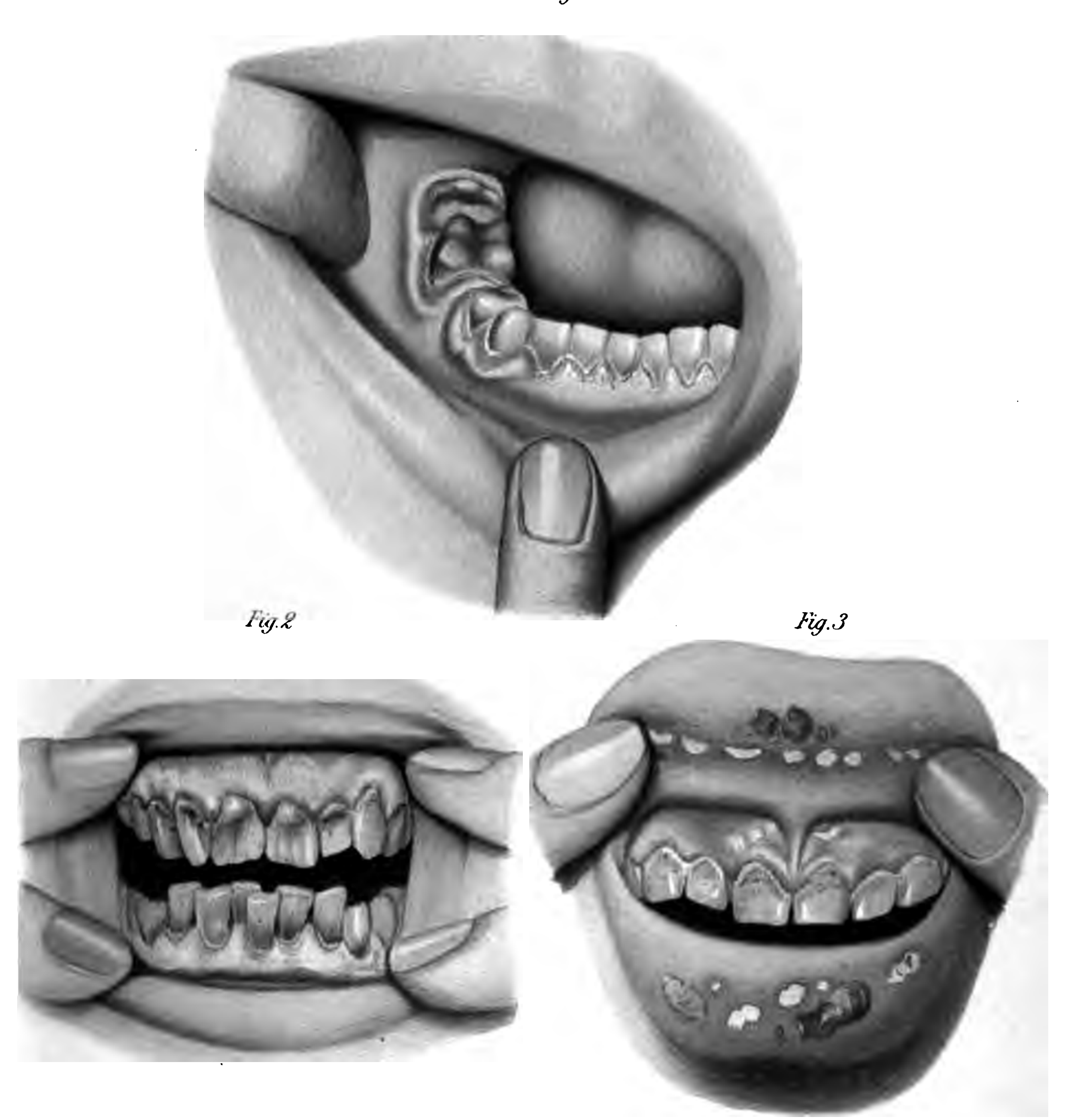
Tafel VIII.

unter grossen Schmerzen aufgenommen werden könne. Appetit vorhanden, Stuhlgang normal, Schlaf durch die starke Salivation gestört. Körper-Temperatur nicht erhöht, Puls-Frequenz 90 in der Minute. — Beide Lippen geschwollen, mit bräunlich verfärbten dünnen, festanhaftenden Epidermis-Lamellen stellenweise bedeckt. Wo das Lippenroth in die Lippenschleimhaut übergeht, eine Anzahl nadelkopf- bis hanfkorngrosser, mit intensiv gelbem, zähem Belag bedeckter, von stark gerötheter Schleimhaut umrahmter aphthenartig aussehender Geschwüre. Zahnfleisch in mässigem Grade geschwollen, livid-röthlich, da und dort an seiner Oberfläche milchig getrübt. Zähne von schmierigem, gelblichem Belag bedeckt. Am untersten Theil der pars oralis pharyngis zwei grössere und ein kleineres Geschwür von genau dem gleichen Aussehen wie die Lippen-Ulcerationen. Laryngoskopisch: Schleimhaut der pars oralis epiglottidis fast in ganzer Ausdehnung erodirt. — Bei Besichtigung der Haut fällt neben den Resten eines papulösen Syphilides eine sich über grössere Strecken des Rumpfes und der Oberschenkel verbreitende scarlatinaartige Röthung auf, offenbar das Product der energischen mercuriellen Frictionen. Inguinaldrüsen deutlich geschwollen; Vergrösserung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen nicht nachweisbar.

Weitere Behandlung: Tägliche Aetzung der Ulcerationen mit Argentum nitricum. Reinigung des Mundes (Spülungen und Inhalationen) mit Sol. kal. chloric. Erfolg der Behandlung: Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen von Seiten der Mund-Rachenhöhlen- und Kehldeckelschleimhaut innerhalb von etwa 12 Tagen.

Tafel VIII

Fig. 1



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel VIII.

Fig. 1. Gingivitis simplex, als Begleiterscheinung von Caries dentium und Zahnsteinbildung.

Fig. 2. Purulente Gingivitis (Periostitis alveolo-dentalis, Pyorrhoea alveolaris).

Fig. 3. Stomatitis mercurialis.

Tafel VIII

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel IX.

Fig. 1. Purulente Gingivitis bei Aktinomykose.

W. B., 51 J. alt. Schmied aus Ostpreussen, leidet an Epilepsie, ist im Uebrigen aber bis auf eine vor 18 Jahren überstandene Lungenentzündung stets gesund gewesen. Vor 6 Wochen entwickelte sich unter dem linken Unterkiefer eine Auschwellung, welche namentlich beim Schlucken Schmerzen verursachte; diese Anschwellung „senkte sich" allmählich nach der Mitte des Halses zu. Pat. hatte stets „schlechte Zähne", litt früher häufig an Zahnschmerzen und liess sich desshalb wiederholt Zähne ziehen. Er hatte bis in die letzte Zeit viel mit Vieh zu thun.

27. II. 1888. Kräftig gebauter, mässig genährter Mann. Oberhalb des Jugulums findet sich ein pflaumengrosser Abscess; die Haut darüber geröthet, die Umgebung entzündlich-oedematös geschwollen. Von hier zieht sich zum linken Zungenbeinhorn ein von normaler Haut bedeckter derber Strang: derselbe verliert sich daselbst in eine über haselnussgrosse, unter dem Kieferrande befindliche Geschwulst, über welcher die Haut ebenfalls verschieblich ist. In der linken Supraclaviculargrube eine erbsengrosse Lymphdrüse. Untersuchung der Brustorgane ergiebt Lungenemphysem geringen Grades, trockenes Rasseln. Die anderen inneren Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Die am 27. II. vorgenommene einfache Spaltung des Abscesses liefert dicken Eiter mit zahlreichen Körnern, welche sich mikroskopisch als Aktinomycesdrusen erweisen. Die meisten Drusen haben einen ganz geschlossenen Strahlenkranz von Kolben. Der Abscess heilt ohne weiteren Eingriff. Die später zu beschreibenden krankhaft veränderten Zähne (Eck- und erster Mahlzahn links unten) werden extrahirt. — 10. III. wird Pat. entlassen. — 16. IV. sucht Pat. abermals die chirurgische Klinik auf, da die Umgebung der Incisions-Narbe zu schwellen und zu schmerzen begann. 24. IV. Nachdem der sich wieder bildende Abscess spontan perforirt ist, wird die Oeffnung nur mit dem geknöpften Messer erweitert. Der entleerte Eiter enthält wiederum zahlreiche Aktinomycesdrusen. — 29. IV. wird Pat. auf eigenen Wunsch entlassen. Ein halbes Jahr später wird Pat. abermals untersucht. Die Incisionwunde ist solid vernarbt, die Infiltrate am Halse verschwunden; anderweitige Erkrankung nicht nachzuweisen.

Befund am Zahnfleisch und den Zähnen am 27. II. (Fig. 1.): Es fehlen oben sämmtliche Back- und Mahlzähne bis auf den ersten Backzahn links; unten fehlt der erste Mahlzahn. Vom linken oberen Eckzahn ist nur die Wurzel vorhanden. Sämmtliche Zähne

sind stark abgeschliffen. Das Zahnfleisch des Unterkiefers, besonders am Rande, entzündlich geschwollen und gelockert; bei Druck auf dasselbe quillt an jedem Zahnhalse aus der Tiefe eine geringe Menge schmutzig-gelblichen Eiters hervor. Dem Eckzahn und ersten Mahlzahn links unten entsprechend ist das Zahnfleisch so stark retrahirt, dass fast die ganze Wurzel blosliegt. Die letztere zeigt einen schmierigen braunen Belag, welcher zahlreiche stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrosse bräunlich-gelbe Körnchen enthält. Derartige Körnchen finden sich stellenweise auch an dem Belag anderer Zähne. An den Zähnen des Oberkiefers finden sich ähnliche Veränderungen leichteren Grades. Die beschriebenen Körnchen stellen sich unter dem Mikroskop als in Verkalkung begriffene Drusen dar, welche aus radiär angeordneten, meist dichotomisch getheilten Leptothrixfäden bestehen. An der Peripherie glänzende birnförmige Kolben, die jedoch nie die ganze Peripherie umgeben; in manchen Drusen finden sich deren nur 6—10. Hie und da kleinste knäuelförmige Drusen, die aus wenigen, jedoch ausschliesslich Kolben tragenden Fäden bestehen.

Fig. 2. Tuberculose der Mund-Rachenhöhle (lupöse Form).

W. H., 18 J. alt, Kämmerersohn aus Ostpreussen*).

Keine hereditäre Belastung. Als erstes Anzeichen des jetzigen Krankheitszustandes zeigten sich 1887 Drüsenschwellung in der Submental-Gegend. Wundsein und Anschwellung der Umgebung des rechten Nasenloch's. Unter anderweitiger Behandlung früher erfolgloser Gebrauch von Jod-Präparaten.

16. V. 1889 (Tag der Aufnahme der umstehenden Abbildung): Ziemlich gut genährter junger Mensch ohne besondere Beschwerden. Oberlippe entenschnabelartig geschwollen. Gingiva der oberen Schneide- und Eckzähne in eine üppig granulirende, mit reichlichem Eiter bedeckte Geschwürsfläche umgewandelt; auch die Uebergangsfalte und die mittlere Partie der Oberlippen-Schleimhaut sind in den Bereich der Erkrankung hineingezogen. An letzterer Localität nadelspitzen- bis linsengrosse discrete Infiltrations- und Ulcerations-Herde von gelblich-rother Färbung neben diffuseren gerötheten und geschwollenen Partien. Frenulum labii superioris grösstentheils zerstört. — An den linksseitigen Gaumenbogen und der Interarcual-Schleimhaut der linken Seite mehrere, sich über das Niveau ihrer Umgebung nicht erhebende nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse weisslich-graue Infiltrate. Am lateralen Theile der Umrandung des rechten Nasenloch's, im Vorhof beider Nasenhälften und in der Nasenhöhle selbst, besonders rechterseits, mehr oder weniger umfangreiche Ulcerationen. Submental- und Submaxillar-Drüsen indolent geschwollen, bis haselnussgross, verschieblich. Am übrigen Körper, in specie an Lungen und Haut nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Zerstörung der erkrankten Partien der Mund- und Nasenschleimhaut resp. des septum cartilagineum durch den scharfen Löffel, den Paquelin'schen Thermocauter, stellenweise auch (an den Gaumenbögen) den geknöpften Galvanocauter. Excision der vergrösserten Hals-Lymphdrüsen.

Mikroskopischer Befund an den durch Evidement entfernten Massen: Gefässreiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne Tuberkelbacillen. Die Untersuchung der erkrankten Drüsen ergiebt das Vorhandensein typischer Riesenzellen-Tuberkel.

März 1890: Am Zahnfleisch und im Nasen-Innern Neigung zu Recidiven. Rechte

*) Die Krankengeschichte dieses von beiden Herausgebern des Atlas beobachteten Falles ist von einem derselben an anderm Orte in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII, Suppl. Berlin. 1890, S. 216).

Tafel IX.

Tonsille und arcus palato-glossus dexter in eine von unregelmässigen Rändern umgebene Geschwürsfläche umgewandelt; an der Wurzel der uvula rechterseits ein gelbes, kaum stecknadelkopfgrosses Infiltrat inmitten der die ulcerirte Partie umgebenden hyperämischen Schleimhautzone. (S. Tafel XVIII, Fig. 2.) Die letztbeschriebenen Veränderungen heilen nach Behandlung mit dem Paquelin'schen Thermocauter.

Mai 1890: Im Naseninnern weiche Geschwulstmassen, die in bis haselnussgrossen Stücken theils mit der Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel entfernt werden und histologisch aus Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen bestehen.

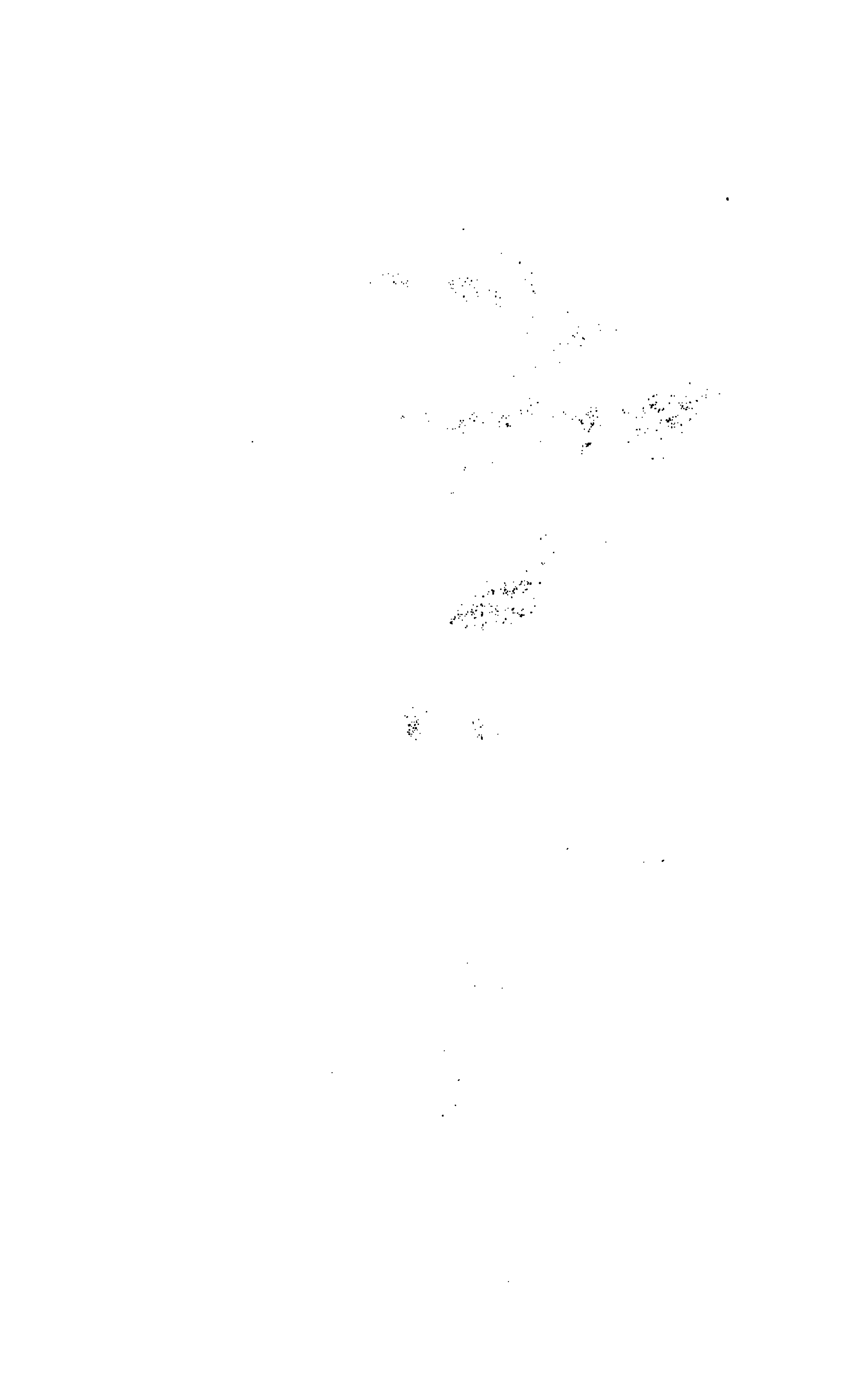
21. XI. 1890: An der Schleimhaut des Zahnfleisches, der Oberlippe, des harten Gaumens, der Rachengebilde, der Nase und neuerdings auch des Kehlkopfs bieten wiederum zahlreiche Stellen den Charakter tuberculöser Erkrankung dar. Röthung und diffuse Schwellung der Haut der äusseren Nase rechterseits. Behandlung mit Koch's Tuberkulin in der medicinischen Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim). Starke örtliche und allgemeine Reaction. Auf die erste Injection von 0,01 gr steigt die Körpertemperatur von 36,1 auf 40,4.

Pat. erhält bis zum 5. III. 91 im ganzen 21 Injectionen; die applicirte Dosis wird dabei allmählich bis auf 0,1 gr Tuberkulin erhöht. Eine erhebliche febrile Reaction fand nach den letzten drei Injectionen von je 0,1 gr. nicht mehr statt. Während in den ersten Wochen der Behandlung eine entschiedene Besserung der Krankheitserscheinungen erkennbar war (reineres Aussehen, stellenweise Ueberhäutung der ulcerirten, Abflachung und geringere Röthung der infiltrirten Partien), bleibt der Process in letzter Zeit vollkommen stationär. Das Allgemeinbefinden des Pat. ist gut; derselbe hat seit Beginn der Tuberkulinbehandlung 5 kg an Gewicht zugenommen. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass an den Tagen nach den Injectionen an der Schleimhaut der Mundrachenhöhle mehrfach neue Eruptionen verschiedenen Charakters, so besonders Gruppen von gelben Stippchen auf geröthetem, etwas erhabenem Grunde bemerkt wurden. Diese frisch entstandenen Veränderungen pflegten dann im Verlaufe weniger Tage wieder zu verschwinden.

Tafel IX.

Fig. 1. Purulente Gingivitis bei Aktinomykose.

Fig. 2. Tuberculose der Mund-Rachenhöhle (lupöse Form).



Tafel IX





...ne pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel X.

Fig. 1. Spätsyphilitische Ulcerationen des Zahnfleisches (Gingivitis gummosa).

D. H., 22 J. alt, Lehrer aus Russland.

Im 7. Lebensjahr stellte sich übel riechender Ausfluss aus der Nase ein, welcher über ein Jahr anhielt. Schon damals „fiel der Nasenrücken ein.“ Vor einem Jahre wiederholte sich der übelriechende Ausfluss, welcher bis zur Aufnahme des Kranken in die chirurgische Klinik zu Königsberg anhielt. Während des letzten Jahres gingen auch Knochenstücke durch das linke Nasenloch ab. An der Nasenwurzel bildete sich ein Geschwür, welches erst nach mehreren Monaten zuheilte. Pat. wurde wiederholt mit Jodkalium und Schwefelbädern behandelt. Mutter und Geschwister sollen gesund sein; der Vater soll an Geschwüren an den Beinen leiden.

11. XII. 1888. Bei dem mittelkräftigen, gut genährten Pat. ist an den innern Organen keine Abweichung nachzuweisen. Die hochgradige Sattelnase ist bedingt durch einen fast vollständigen Defect der Nasenbeine und des Vomer. Auch fehlen Theile des knorpligen Nasengerüstes. Die Untersuchung der Nasenhöhle ergiebt ausserdem Defecte an den unteren und mittleren Muscheln; festhaftende Borken bedecken die narbig degenerirte Nasenschleimhaut. Starker Foetor. Zwischen Nasenwurzel und linkem Augenwinkel eine vertiefte Narbe. Ueber der Glabella eine bis 3 cm hohe, quer verlaufende Knochenauftreibung von derbteigiger Konsistenz; eine zweite ähnliche über dem linken Stirnhöcker. An der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen mehrere linsengrosse Narben. An Stelle beider Arcus palatopharyngei strangförmige, auf die hintere Rachenwand übergehende Narben. Zieht man die Oberlippe in die Höhe, so stellen sich die in Fig. 1 abgebildeten Veränderungen dar. Dem ersten Schneidezahn rechterseits entsprechend ist das Zahnfleisch und Periost bis an das frenulum labii zerstört. Im Grunde des Geschwürs liegt zum Theil die betreffende Zahnwurzel, zum Theil nekrotischer Knochen bloss. Die Geschwürsränder sind unterminirt, ihre Umgebung livid geröthet. Der zu den Nachbarzähnen gehörige Theil des Zahnfleisches ist gelockert, gequollen, geröthet. Die Meisselsonde lässt sich hier bis 8 mm weit unter das unterminirte Zahnfleisch führen. Bei Druck auf dasselbe quellen ein paar Tropfen Eiter her-

vor. Die betreffenden drei Schneidezähne stecken nur locker in den Alveolen. Neben dem Frenulum labii lässt sich die Sonde durch eine Fistel in die Nasenhöhle führen.

Bis zum 18. II. 1889 wird Pat. mit Jodkalium und Sublimatinjectionen behandelt; Ausspülungen der Nasenhöhle mit Borlösung Der erste Schneidezahn rechterseits wird sammt dem nekrotischen Theil der Alveole extrahirt. Auch aus der Nasenhöhle werden noch kleine Sequester entfernt. Unter dieser Behandlung gehen die früher beschriebenen Krankheitserscheinungen zurück. Die vorhandenen Geschwüre, insbesondere jene am Zahnfleisch benarben sich vollständig.

In der Folge wird auf Wunsch des Kranken noch die Aufrichtung der Nase nach der Methode von Mikulicz (vgl. Archiv für klinische Chirurgie, XXX, S. 112) mit zufriedenstellendem Erfolg vorgenommen.

Fig. 2. Defect des Zahnfleisches und der vorderen Lamelle des Alveolarfortsatzes in Folge acuter eitriger Ostitis und Periostitis.

A. L., 32 Jahr alt, Schneider aus Königsberg.

Pat. soll als Kind augenkrank gewesen sein; später war er bis auf einen vor 13 Jahren überstandenen Typhus gesund. Vor 4 Wochen bekam Pat. plötzlich „ein dickes Gesicht“. Nach einigen Tagen nahm die Schwellung des Gesichtes ab, während der Gaumen und das Zahnfleisch des Oberkiefers anfing zu schwellen und zu schmerzen. Im Verlaufe der nächsten Tage brach die Geschwulst über den Schneidezähnen auf, wobei sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleerte. Vor zwei Wochen trat eine schmerzhafte Anschwellung am linken Oberschenkel ein, welche trotz Anwendung kalter und warmer Umschläge zunahm.

Der kräftig gebaute, aber sehr heruntergekommene Mann fiebert bei seiner Aufnahme in die Klinik am 14. IV. 1887. (Abendtemp. 39,6.) Die Vorderfläche des linken Oberschenkels nimmt eine deutlich fluctuirende Geschwulst ein. Der harte Gaumen und das Zahnfleisch, entsprechend den Schneide- und Eckzähnen, ist entzündlich geröthet und geschwollen. Neben dem Frenulum finden sich zwei feine Fisteln, aus welchen auf Druck dünner, übel riechender Eiter zu entleeren ist. Die Sonde stösst auf bloss liegenden Knochen. — Von den zwei Fisteln aus wird das Periost und die Schleimhaut gespalten; gleichzeitig wird der Abscess am Oberschenkel eröffnet und drainirt. Die Heilung geht ungestört vor sich. Vom Alveolarfortsatz stösst sich nachträglich die vordere Lamelle ab, in Folge dessen die Zahnwurzeln bloss liegen. Fig. 2 stellt den Zustand in diesem Stadium (d. h. nach vollendeter Abstossung des Sequesters) dar.

Es tritt später allmähliche Benarbung ein. Die medialen Schneidezähne sitzen am 9. V. 1887 (Tag der Entlassung des Pat. aus der Klinik) nur locker in der Alveolen; im Verlauf der nächsten Monate fallen dieselben spontan aus.

Fig. 3. Tuberculose der Gingiva (lupöse Form), Gingivitis tuberculosa.

B. G., 63 Jahre alt, Landmann aus Russisch-Polen.

Erst seit zwei Wochen will Pat. am harten Gaumen eine Anschwellung und Verschwärung bemerkt haben, aus welcher blutige Flüssigkeit abgesondert werden soll. Am 5. XII. 1886 stellt er sich in der chirurgischen Poliklinik zu Krakau vor. Aus dem poli-

klinischen Journal und aus zwei Abbildungen, welche Herr K. Lukasiewicz eine Woche später vom Gaumen und vom Zahnfleisch anfertigte, ergiebt sich folgender Status:

Der centrale Theil des harten Gaumens ist von einer 10—15 mm breiten Geschwürsfläche eingenommen, welche 2—5 mm breite Ausläufer nach vorn gegen die beiden seitlichen Schneidezähne schickt. Der Geschwürsgrund ist uneben, von schmutzig gelblich-röthlichem Sekret bedeckt. Die zackigen Ränder sind aufgeworfen, zum Theil unterminirt. Sowohl die Geschwürsränder als ihre weitere Umgebung sind von hirsekorn- bis linsengrossen, zum Theil auch schon im Zerfall begriffenen Knötchen durchsetzt. (Da die beschriebenen Veränderungen dem auf Tafel VII, Fig. 2 dargestellten Typus der Tuberculose des harten Gaumens durchaus entsprechen, so wurde von der Reproduction der hierher gehörigen Abbildung abgesehen.) Das Zahnfleisch über dem mittleren obern Schneidezahn zeigt die in Fig. 3 abgebildeten Veränderungen: Ein fast in der Mittellinie liegendes spaltförmiges Geschwür reicht bis an das Frenulum, welches zum Theil auch zerstört ist und dessen Rest als ein breit gestieltes Läppchen nach unten ragt. Zu beiden Seiten des Geschwürs ist die Gingiva unterminirt, verdickt, zum Theil in Form kleiner Warzen abgehoben. Die zwei mittleren und der rechte seitliche Schneidezahn sind gelockert.

Therapie: Einreibungen mit Jodoform.

Weiteres Schicksal des Kranken unbekannt.

Tafel X.

Fig. 1. Spätsyphilitische Ulcerationen des Zahnfleisches (Gingivitis gummosa).

Fig. 2. Defect des Zahnfleisches und Alveolarfortsatzes infolge acuter eitriger Ostitis und Periostitis.

Fig. 3. Tuberculose des Zahnfleisches (lupöse Form), Gingivitis tuberculosa.



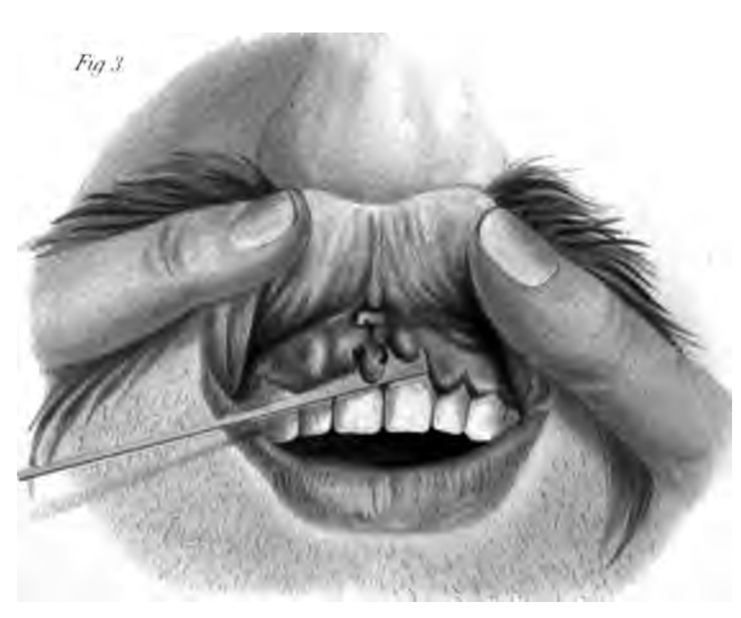
Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fr. Braun pinxit

Tafel XI.

Fig. 1 u. 2. Dünngestielte Epulis, ein Granulom der Zahnpulpa vortäuschend.

R. K., 20 J. alt, Kaufmannstochter aus Russland.

Der I. Molar. rechts unten seit längerer Zeit cariös, der Krone verlustig. An deren Stelle entwickelte sich eine leicht blutende Geschwulst, welche die Patientin beunruhigte und sie veranlasste, am 6. Dezember 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe zu suchen.

An Stelle des früher genannten Zahnes findet sich eine klein-bohnengrosse, blassrothe, elastisch-weiche, von zusammenhängendem Epithel überzogene Geschwulst. (Fig. 1.) Es macht den Eindruck, als ob sie mit breitem Stil in der Alveole festsässe; gegen das die Geschwulst wallartig umgebende Zahnfleisch ist die erstere rings herum durch eine scharfe Furche abgegrenzt. Nur an der Innenseite kommt in dieser Furche ein kleines Stück des cariösen Zahnrandes zum Vorschein. Hebt man mit einer Sonde die Geschwulst aus der Alveole, so stellt sie sich so dar, wie es Figur 2 wiedergiebt. Sie hängt mit dünnem Stiel an dem Innenrande der Gingiva. Die cariöse Zahnhöhle selbst ist leer.

Therapie: Abtragung der Geschwulst und Extraction der Zahnwurzel.

Fig. 3. Zahnfistel.

A. M., 50 J. alt, Bäuerin aus Ostpreussen.

Vom linken unteren Eckzahn ist seit längerer Zeit nur noch die cariöse Wurzel vorhanden. Vor mehreren Monaten bildete sich unter dem Zahnstumpfe ein Abscess, welcher spontan perforirte und eine continuirlich eiternde Fistel zurückliess. Deshalb suchte Pat. am 15. XX. 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe.

Der Stumpf der betreffenden cariösen Wurzel ragt gerade über das gelockerte, leicht

geschwollene Zahnfleisch hervor. Etwa 8 mm tiefer findet sich ein querliegender ca. 6 mm langer, bis 3 mm klaffender Spalt, dessen Ränder und Umgebung zu einer halbkugeligen, weichen und leicht blutenden Masse angeschwollen sind. In der Tiefe des Spaltes wird das blossliegende untere Ende der Zahnwurzel sichtbar. An den benachbarten Zähnen und Wurzeln reichliche Zahnsteinbildung mit consecutiver Gingivitis suppurativa.

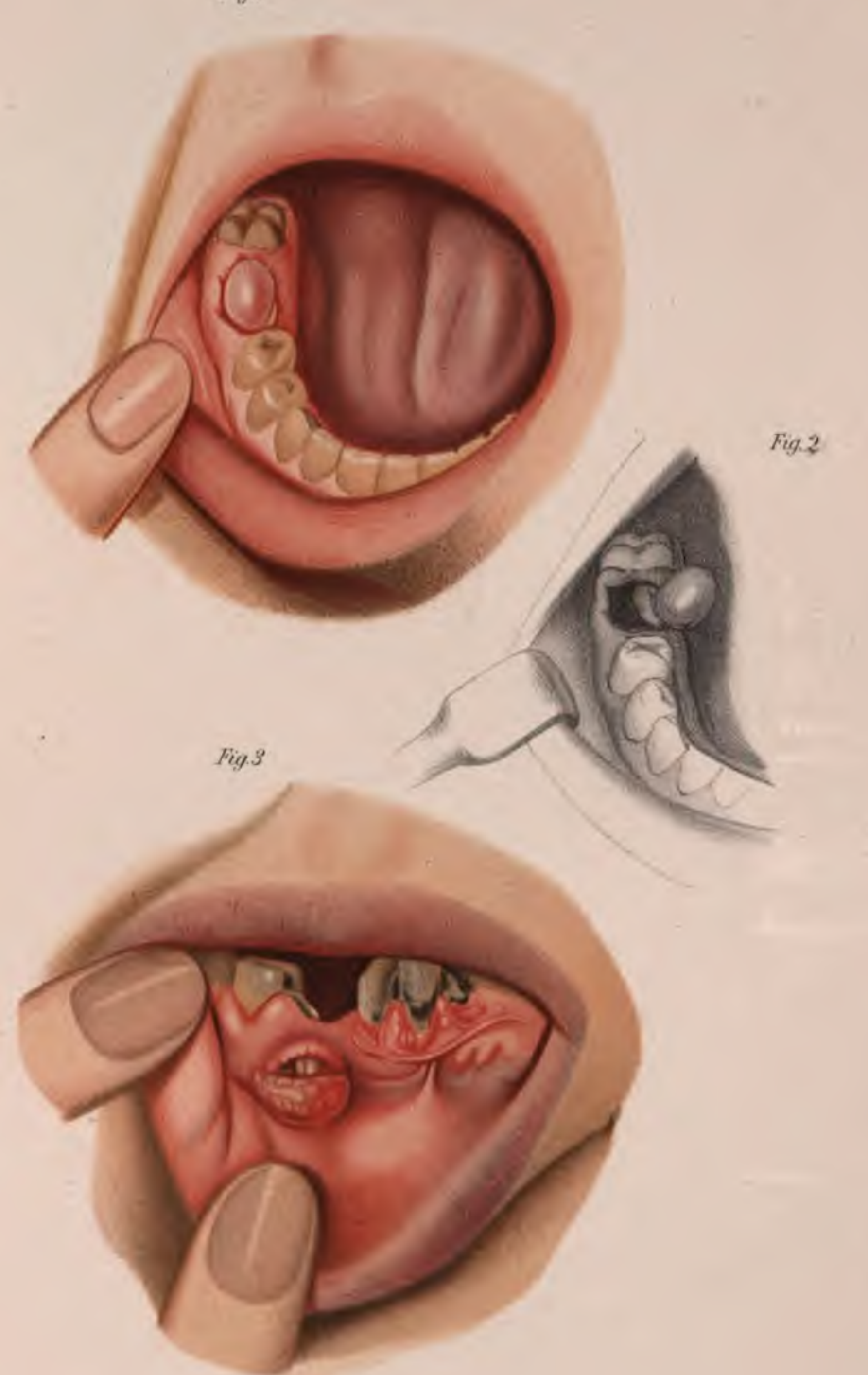
Therapie: Extraction der Wurzel, Entfernung der Granulationsmassen in der Umgebung der Fistel mit scharfem Löffel und Scheere.

Tafel XI.

Fig. 1 und 2. Dünngestielte Epulis, ein Granulom der Zahnpulpa vortäuschend.

Fig. 3. Zahnfistel.

Tafel XI



K. Braun pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel XII.

Fig. 1. Epulis.

E. B., 15 J. alt, Bootsmannstochter aus Ostpreussen.

Stammt aus gesunder Familie und soll bisher stets gesund gewesen sein. Vor etwa einem Jahre bemerkte Patientin eine erbsengrosse Geschwulst, welche vom Zahnfleisch über den linken oberen Backenzähnen ausging; die Geschwulst verursachte weder Schmerzen noch anderweitige Beschwerden. Im Verlaufe von 3 Monaten erreichte sie die Grösse einer kleinen Haselnuss. Der zu Rathe gezogene Arzt schnitt dieselbe fort, doch fing sie nach wenigen Wochen von Neuem an sich zu entwickeln, um nach mehreren Monaten die ursprüngliche Grösse zu erreichen. Diese Grösse behielt sie mehrere Monate; erst in den letzten Wochen soll sie wieder gewachsen sein, weshalb die Patientin in der chirurgischen Klinik zu Königsberg Aufnahme suchte.

12. XII. 1889. Bei dem kräftig gebauten, sonst gesunden Mädchen findet sich am linken oberen Alveolar-Rande die in Fig. 1 abgebildete kugelige Geschwulst; sie ist über haselnussgross, von derber Consistenz, stellenweise von blassen Epithel, stellenweise von dunkelrothen Granulationen bedeckt. Die Geschwulst sitzt mit einem ganz kurzen 5—6 mm im Durchmesser haltenden Stiele an der Gingiva über dem Eckzahn und ersten Prämolaris fest, die genannten Zähne vollständig bedeckend. Die Zähne im Uebrigen intact.

Therapie: In der Narkose wird die Basis des Stiels im Bereich des umgebenden Zahnfleisches umschnitten und mit dem Raspatorium vom Alveolarfortsatze abgelöst. Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Riesenzellen-Sarcom.

Fig. 2. Osteosarcom des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers.

J. K., 9½ J. alt, Bauerntochter aus Ostpreussen.

Stammt aus gesunder Familie und soll bis zur jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen sein. Vor etwa zwei Jahren begann die Entwickelung einer harten Geschwulst, welche hinter den linken unteren Backenzähnen vom Unterkiefer ausging und langsam, aber stetig an Grösse zunahm. Da die Geschwulst wenig Beschwerden machte, wurde sie nicht beachtet. Erst vor einem Jahre wurde Patientin auf Anrathen des Arztes der chirurgischen Klinik zu Königsberg überwiesen. Am 19. IX. 1888 constatirte man daselbst bei dem sonst gesunden Mädchen eine über taubeneigrosse, fast knorpelharte, unregelmässig höckrige, oberflächlich exulcerirte Geschwulst, welche hinter den linken Praemolares vom Alveolarfortsatz ausging und auf dem horizontalen Kieferast mit breiter Basis festsass. Die Molares fehlten schon damals. Am 29. IX. wurde mit dem scharfen Löffel die Geschwulstmasse von dem Knochen entfernt und die stark blutende Wundfläche energisch mit dem Thermocauter verschorft. 11. X. wurde Patientin geheilt entlassen.

Mehr als ein halbes Jahr soll sie ganz gesund geblieben sein; nach dieser Zeit begann die Geschwulst wieder zu wuchern, um allmählich die jetzige Grösse zu erreichen.

Am 6. XI. 1889 suchte Patientin abermals Hilfe in der chirurgischen Klinik. Bei dem sonst gesunden, gut genährten Mädchen fiel schon bei der äusseren Besichtigung eine Anschwellung im Bereich des linken horizontalen Kieferastes auf. Die Haut an dieser Stelle von normalem Aussehen, gut verschiebbar. Bei der Palpation von aussen liess sich eine Auftreibung des horizontalen Kieferastes wahrnehmen, welche den unteren Kieferrand noch freiliess; dieser hob sich von der Geschwulst in Form einer etwa 10 mm hohen Leiste ab. Hinter und unter dem Kieferaste mehrere bis haselnussgrosse Lymphdrüsen. Bei Besichtigung der Mundhöhle stellt sich die Geschwulst in der in Figur 2 abgebildeten Weise dar. Eine nahe hühnereigrosse, unregelmässig höckrige, fast knorpelharte Geschwulstmasse sitzt breitbasig hinter den Praemolares auf dem horizontalen Kieferast, nach beiden Seiten hin denselben pilzförmig überlagernd. Nach vorn und hinten erscheint die Geschwulst ziemlich scharf begrenzt. Die Oberfläche ist zum grössten Theil exulcerirt, mit etwas schmutzig-gelblichem schmierigem Secret bedeckt.

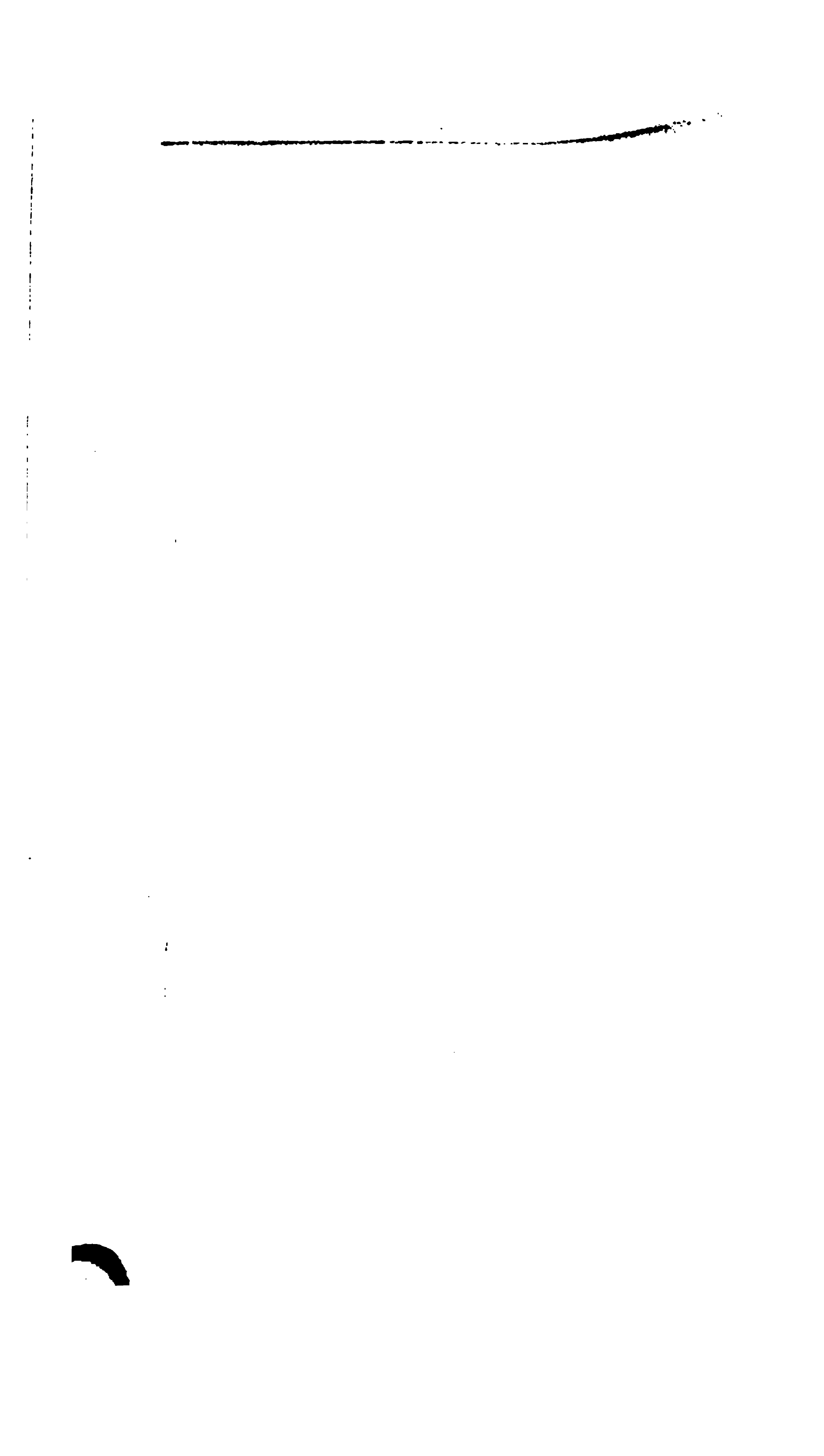
Therapie: Durch einen Schnitt, welcher parallel dem Kieferrande verläuft, werden die Weichtheile bis auf den Knochen durchtrennt und die erkrankte Partie des Kieferastes in ganzer Ausdehnung von Aussen blosgelegt. Mit Stichsäge, Meissel und Hammer wird der erkrankte Theil des Knochens derart resecirt, dass eine dünne Knochenspange im Bereich des Kieferrandes die Continuität des Knochens erhält. Exstirpation der vergrösserten Lymphdrüsen. Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Spindelzellensarcom mit zahlreichen Riesenzellen, von einem feinen Gerüst von Knochenbälkchen durchsetzt.

Tafel XII.

Fig. 1. Epulis.

Fig. 2. Osteosarkom des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers.

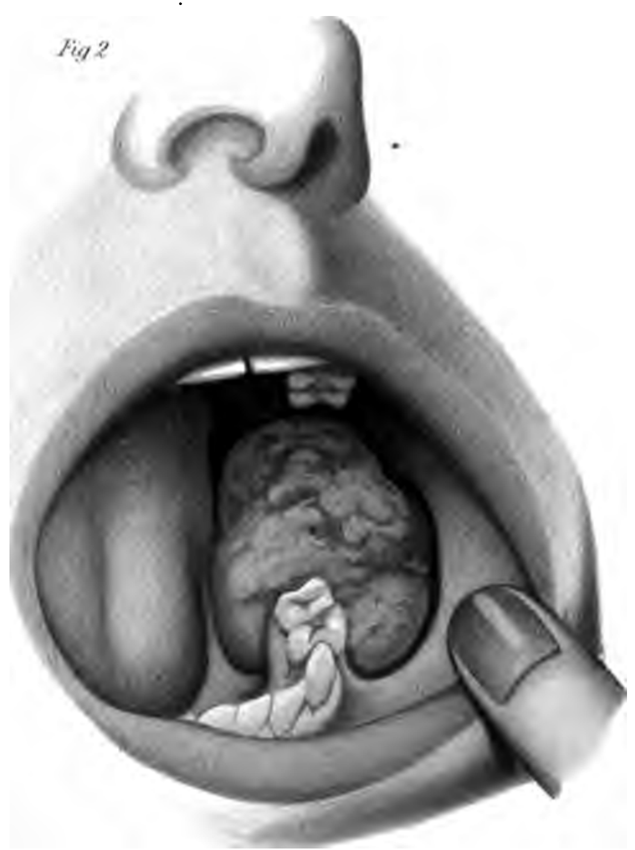


Tafel XII

Fig 1



Fig 2



[illegible] pinx.

[illegible] Lith. Inst. Berlin

Tafel XIII.

Fig. 1. Nekrose des Alveolarfortsatzes und des angrenzenden Theiles des harten Gaumens.

A. R., 14 J. alt. Bootsmanntochter aus Ostpreussen.

Die Mutter der Patientin starb vor zwei Jahren angeblich an Rothlauf; der Vater soll an Husten leiden, sonst gesund sein. 5 Geschwister sind im jugendlichen Alter gestorben, 3 Brüder am Leben und gesund. Als kleines Kind soll Patientin an Geschwüren an den Beinen gelitten haben, welche die noch jetzt sichtbaren Narben zurückgelassen haben. In späteren Jahren litt sie an einem stark juckenden Ausschlag, welcher keine Spuren zurückliess. Im Dezember 1888 stellten sich ohne nachweisbare Ursache am harten Gaumen und in der Gegend der Schneidezähne Schmerzen ein. Bald darauf trat hier eine das Zahnfleisch und den harten Gaumen einnehmende Anschwellung ein, während gleichzeitig die Oberlippe und später auch das ganze Gesicht so stark anschwoll, dass Patientin „gar nicht sehen konnte." Erst nachdem die Geschwulst am harten Gaumen aufbrach und sich eine grosse Menge blutigen Eiters entleerte, schwanden die Schmerzen und die Anschwellung des Gesichtes. Es blieb hinter den Schneidezähnen eine Oeffnung im Gaumen, aus welcher dauernd stinkender Eiter abgesondert wurde. Nach etlichen Wochen fielen die mittleren Schneidezähne aus. In der Folge wurde Patientin durch mehrere Monate, wie es scheint antisyphylitisch, behandelt (30 Einreibungen und Jodkalium). Es trat keine Besserung ein. Während der Behandlung fielen noch die zwei seitlichen Schneidezähne aus; der stinkende Ausfluss aus dem Munde hielt unverändert an. Im November 1889 trat Patientin in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas in Behandlung. Bei dem kräftigen, gesund aussehenden Mädchen waren keine Veränderungen innerer Organe nachweisbar. An beiden unteren Extremitäten mehrere flache unregelmässig begrenzte Narben, bis zur Ausdehnung einer Hohlhand. Wird die Oberlippe in die Höhe gezogen, so stellt sich der harte Gaumen und processus alveolaris in der Figur 1 abgebildeten Weise dar. Es fehlen die 4 Schneidezähne; die den processus alveolaris bedeckende Schleimhaut ist stark verdickt, von höckriger Oberfläche, nur wenig stärker geröthet, als der benachbarte normale Ueberzug des harten Gaumens. In der Medianlinie finden sich zwei ca. erbsengrosse Lücken, durch welche ein schmutzig-braun gefärbter, nekrotischer Knochen zum Vorschein kommt. Eine ähnliche kleinere Lücke findet sich neben dem rechten Eckzahn. Bei der Untersuchung der Nasenhöhlen lässt sich entsprechend der Crista nasalis inf. und der anstossenden Spitze des Vomer blosliegender, nekrotischer Knochen constatiren. Im Uebrigen weder in den Nasenhöhlen noch in der äusseren Form der Nase eine Abnormität.

In der Narkose wird von der Mundhöhle aus durch Spaltung des Schleimhaut-Ueberzuges der Sequester vollständig blossgelegt und extrahirt. Er entspricht dem processus alveolaris der 4 Schneidezähne und dem angrenzenden Theil der processus palatini. Nach

Entfernung des Sequesters entsteht eine für den Zeigefinger durchgängige Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle. Nach Ablauf von 5 Wochen ist die Umgebung des Defectes vollständig abgeschwollen und benarbt, so dass an Stelle der mittleren Schneidezähne eine 5 Pfg.-Stück grosse, fast kreisrunde, von glatten, scharfen Rändern begrenzte Lücke zurückbleibt.

Fig. 2. Umfangreicher Defect des harten und weichen Gaumens durch Syphilis.

A. K., 10½ J. alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Der Vater des Knaben inficirte sich 6—8 Wochen vor der Geburt desselben. — Das Kind selbst war bis zum 4. Lebensjahr gesund. Um diese Zeit wurden weisse Flecke an der Zunge bemerkt. Der zu Rath gezogene den Herausgebern dieses Atlas als sachkundig bekannte Arzt erklärte, dass es sich um acquirirte Syphilis handele und verordnete eine Einreibungskur. 3 Jahre später - 1886 — stellten sich Zeichen von Nasenverstopfung ein, die während einer mehrere Wochen hindurch fortgesetzten allgemeinen antisyphilitischen Behandlung und örtlicher Therapie sich nicht besserten. — Die Eltern gingen dann mit dem Kinde auf's Land. Als sie zurückkehrten, wurde seitens des behandelnden Arztes ein Loch im weichen Gaumen constatirt. Trotz mehrfacher Kuren vergrösserte sich nicht nur die Oeffnung im weichen Gaumen, sondern Juni 1888 trat auch in der Mitte des harten Gaumens ein Durchbruch ein, der allmählich immer weiter um sich griff. Unter wiederholtem Gebrauch von Jodkalium kam der Krankheitszustand im Herbst 1889 endlich zum Stillstand, so dass nunmehr der entstandene Defect durch einen Obturator gedeckt werden konnte.

11. II. 1890. Schwächlich gebauter Knabe. — Bei Besichtigung der Mundrachenhöhle findet man den in Fig. 2 wiedergegebenen, den ganzen weichen und den grössten Theil des harten Gaumens betreffenden Defect. In dem freigelegten cavum pharyngo-nasale kommen vorne (in der Abbildung oben) die unteren und mittleren Nasenmuscheln zu Gesicht. Das in der Abbildung zwischen ihnen gelegene dreieckige Feld entspricht der Gegend des Fornix pharyngis. Weiter abwärts markiren sich im Bilde an beiden Seiten die, an den noch erhaltenen alveolaren Theil des harten Gaumens sich ansetzenden Reste des Velum palatinum in Form fingerdicker Stränge. Die medial- und rückwärts gelegenen Wülste enthalten die hypertrophischen Mm. pharyngo-palatini. Die Schleimhaut ist im Bereich des Cavum pharyngo-nasale von etwas atrophischer Beschaffenheit, adenoides Gewebe am Rachendach nicht vorhanden.

Rhinoskopisch: Septum osseum fehlt; vom Septum cartilagineum ist der vordere Abschnitt noch erhalten. Sprache eigenthümlich klanglos, nasal und auffällig tief, nimmt nach Anlegen des Obturators ein normales, dem Alter des Patienten entsprechendes Timbre an.

Hervorzuheben ist, dass Patient auch ohne Obturator feste wie flüssige Nahrung ohne Schwierigkeit aufzunehmen vermag.

Am übrigen Körper nichts bemerkenswerthes.

20. VII. 1890. Die körperliche Entwickelung des Knaben hat in letzter Zeit befriedigende Fortschritte gemacht, sonst stat. id.

Fig. 3. Defect des Alveolar- und angrenzenden Gaumenfortsatzes durch (nicht-specifische) Nekrose.

L. R., 9 J. alt. Kaufmannstochter aus Kurland.

Das bis Januar 1889 stets gesunde Mädchen erkrankte zu dieser Zeit an einem schweren Abdominal-Typhus. Noch während dieser Erkrankung stellten sich Schmerzen im Bereich der

oberen Backenzähne linkerseits und übelriechender Ausfluss aus dem Munde ein. Diese Erscheinungen hielten auch nach der vollständigen Genesung vom Typhus unverändert an. Im August 1889 wurde der I. Mol. und beide Bicusp., welche stark gelockert waren, extrahirt. Im September 1889 suchte Patientin in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe. Das Zahnfleisch über dem Alveolar-Fortsatz der linken Seite war stark verdickt, ebenso der mukös-periostale Ueberzug des harten Gaumens dieser Seite. Entsprechend den fehlenden Zähnen fand sich eine zusammenhängende spaltförmige Lücke, in deren Tiefe der schmutzig-graue nekrotische Knochen zum Vorschein kam. Bei Druck auf den harten Gaumen entleerte sich fötider Eiter. Es wurde in der Narkose nach Erweiterung der vorhandenen Lücke mit dem Elevatorium ein umfänglicher Sequester entfernt, der 5 Alveolen und den angrenzenden Theil des Gaumenfortsatzes umfasste. Nachträglich stiessen sich noch spontan kleinere Knochenstücke ab.

Figur 3 stellt den Defect nach fast vollständiger Vernarbung und Abschwellung seiner Umgebung, circa 5 Monate nach der Extraction des Sequesters dar. Durch den Defect entsteht eine weite Communication zwischen der Mundhöhle einerseits, Nasen- und Kieferhöhle andererseits. Der Versuch, den Defect durch einen doppelgestielten Lappen aus dem Periost-Schleimhaut-Ueberzug des harten Gaumens zu decken, missglückt. Es wird der Patientin empfohlen, in einer späteren Zeit zu einer abermaligen plastischen Operation, eventl. zur Anfertigung einer Prothese wieder zu kommen.

Fig. 4. Kleiner centraler Defect des harten Gaumens durch Syphilis.

O. S., 24 J. alt, Fleischermeister aus Ostpreussen.

Patient, ein sehr kräftig gebauter Mann, hat früher mehrfach an Gonorrhoe gelitten. Im Jahre 1883 erkrankte er an einem Schankergeschwür der Eichelfurche und vereiternden Bubonen. Das erwähnte Geschwür heilte erst während des Gebrauchs einer ärztlicherseits verordneten Pillenkur, war aber von Allgemein-Erscheinungen nicht gefolgt. 1886 verheirathete sich Pat. und wurde Vater zweier gesunder Kinder. Seit April 1889 hatte Herr S. über Nasen-Verstopfung zu klagen. Da durch die gegen diesen Zustand auf ärztlichen Rath angewandten Schnupfpulver und Einspritzungen Besserung nicht erzielt wurde, suchte Pat. Ende September 1889 bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Es wurde das Vorhandensein von Rhinitis syphilitica ulcerosa und einer bis auf den Knochen gehenden, vorerst aber nur etwa stecknadelkopfgrossen Ulceration an der medianen Partie des harten Gaumens constatirt. Behandlung: Mercurielle Frictionen (anfänglich 3,0, später 4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner.); tägliche Bäder, innerlich Jodkalium, Einlegen von mit Borwasser getränkten Tampons in die Nase und Einstäuben der Ulcerationen mit Jodoform. Trotz dieser Therapie nahm das Geschwür am harten Gaumen allmählich etwas an Umfang zu; aus der demselben entsprechenden Stelle ging am 30. X. 1889 ein kleiner Sequester ab. Als Pat., der nicht dauernd in Königsberg anwesend war, sich am 2. XI. 1889 wiederum vorstellte, fand man die in Fig. 4 abgebildete Perforation im mittleren Theil des harten Gaumen's; die Umrandungen derselben waren scharf, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen, die Schleimhaut in ihrer Umgebung leicht geröthet; bei geeigneter Beleuchtung konnte man in der Tiefe des Gaumendefectes den concaven Rand des, wie durch rhinoscopische Untersuchung ermittelt wurde, an der entsprechenden Stelle gleichfalls u. zw. durch eine rundliche, etwa kirschkerngrosse Perforation, gelochten septum osseum narium erkennen. Die Sprache des Pat., welche vorher nur einen etwas nasalen Beiklang gehabt hatte, war nunmehr in auffälliger Art verändert, indem sie den eigenthümlichen metallarmen, „todten", gelegentlich von etwas zischenden Nebengeräuschen begleiteten, Charakter darbot. Speisetheile gelangten beim Essen in die Nasenhöhle,

[illegible] XIII

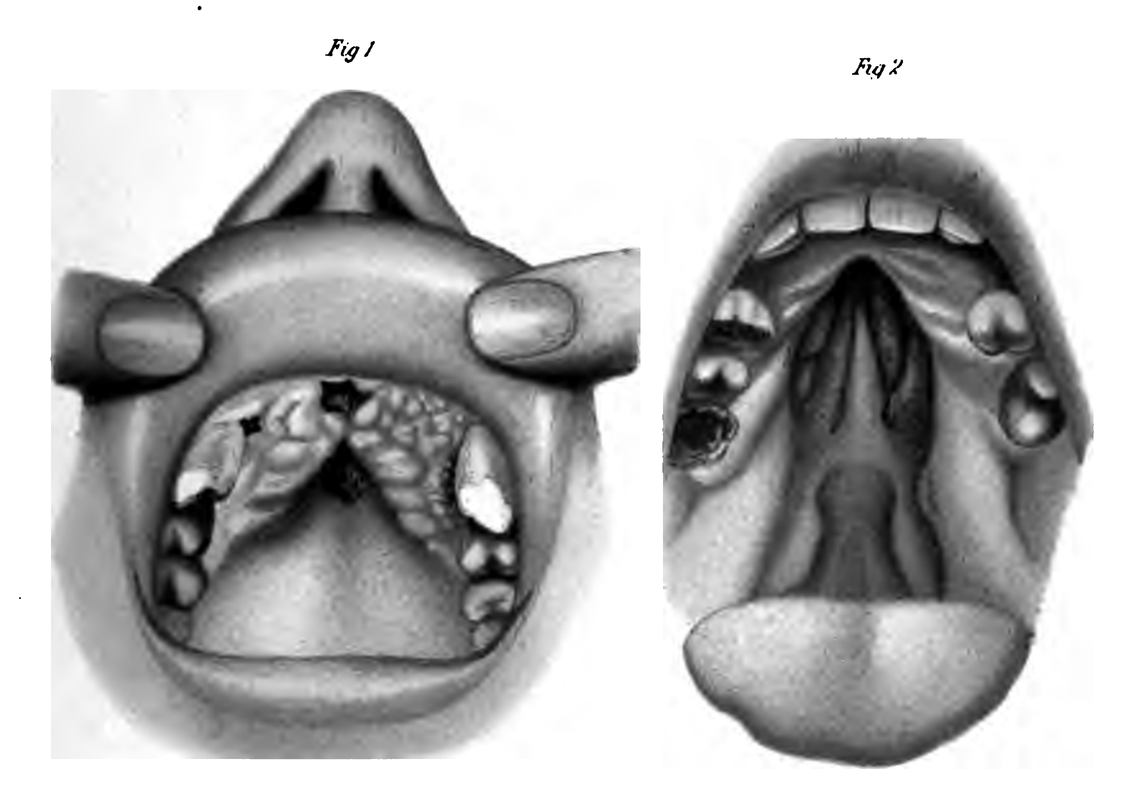
Fig. 1. [illegible] ...carcinom... [illegible]
[illegible]

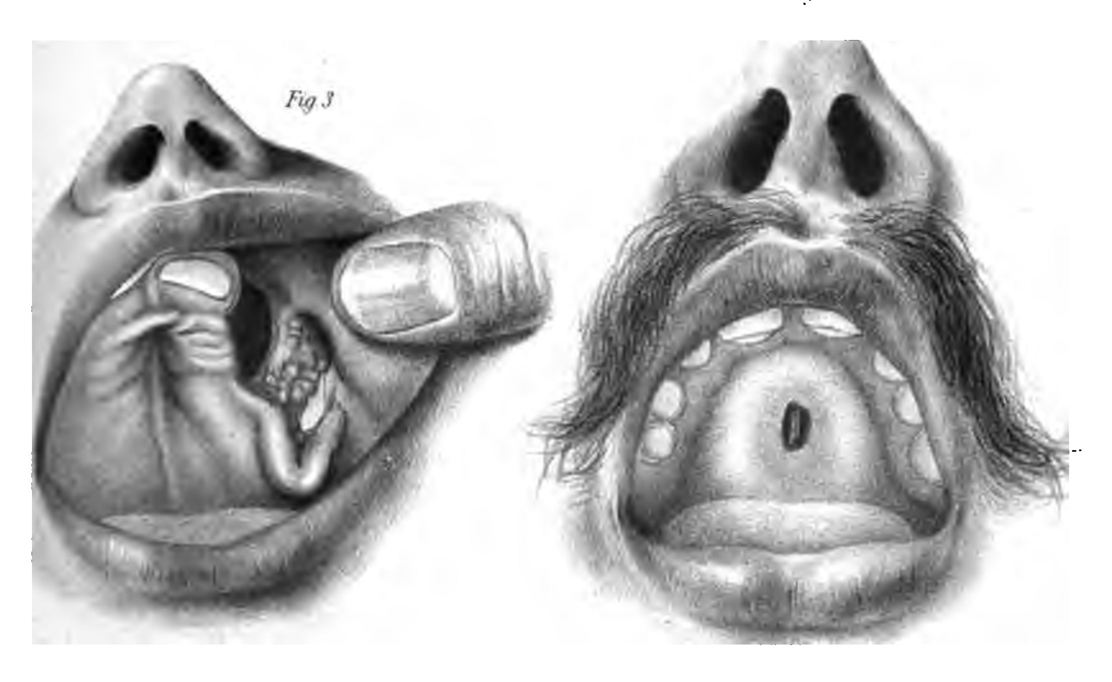
Fig. 2. [illegible]
[illegible] Syp[illegible]

Fig. 3. [illegible] ...dar... [illegible]
[illegible]

Fig. 4. [illegible]
[illegible] Syphilis

Tafel XIII





Tafel XIII.

Nachdem bis zum 15. XI. 1889 im Ganzen 35 Inunctionen gemacht und ca. 45 gr Jodkalium gebraucht sind, lassen sich Ulcerationen oder sonstige entzündliche Veränderungen an den vorher afficirten Partien der Nasen- und Mundhöhle nicht mehr nachweisen.

Am 11. II. 1890. Uranoplastik in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Nach Entfernung der Suturen am 18. II. 1890 wird Pat. mit anscheinend gut geschlossener Wunde in seine Heimath entlassen. Hier will er bereits am nächsten Tage einen linearen kurzen Spalt in der Gegend der frühern Perforation bemerkt haben, der sich bis zum 23. II. 1890 erweiterte und an diesem Tage die Form einer wiederum ovalen Oeffnung zeigte. Dieselbe war jedoch um etwa die Hälfte kleiner wie der frühere Defect. Nach galvanokaustischer Aetzung der Ränder schliesst sich der Spalt allmählich bis auf eine kaum für eine Stecknadel durchgängige Stelle, durch welche feste Speisen garnicht, flüssige nur zeitweise in die Nasenhöhle gelangen. Der Sprachklang hatte einen vollkommen normalen Charakter wieder angenommen.

Februar 1891: Pat. erfreut sich eines vortrefflichen Allgemeinbefindens; im übrigen stat. id.

Tafel XIII.

Fig. 1. Nekrose des Alveolarfortsatzes und des angrenzenden Theiles des harten Gaumens.

Fig. 2. Umfangreicher Defect des harten und weichen Gaumens durch Syphilis.

Fig. 3. Defect des Alveolar- und angrenzenden Gaumenfortsatzes durch (nicht-specifische) Nekrose.

Fig. 4. Kleiner centraler Defect des harten Gaumens durch Syphilis.

Tafel XIV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes.

C. U., 59 Jahre alt, Eisenbahnbeamter aus Russland, stammt aus gesunder Familie, will bisher stets gesund gewesen sein. Vor 18 Jahren wurden die oberen Zähne locker und sollen innerhalb weniger Monate sämmtlich herausgefallen sein; dabei war das Zahnfleisch geschwollen, doch will Pat. sonst keine Beschwerden gehabt haben. Vor 2 Jahren entwickelten sich am Zahnfleisch kleine Geschwüre, welche anfänglich vorübergehend zuheilten, später aber an Umfang zunahmen und allmälich zum jetzigen Zustand führten; seit 3 Monaten lästiger Speichelfluss und Schwierigkeiten beim Essen und Sprechen.

9. XI. 87 wird in der chirurgischen Klinik zu Königsberg folgender Status notirt: Kleiner, mässig genährter Mann; innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Auffallend ist die bläulich geröthete, unförmlich verdickte Nase, deren Talgdrüsenmündungen stark erweitert sind; bei leichtem Druck entleeren sich aus letzteren lange Sebumpfröpfe. Die oberen Zähne fehlen sämmtlich. Der Alveolarfortsatz und harte Gaumen sind von einer flachhöckerigen, in die Mundhöhle stark prominirenden Geschwulst eingenommen, welche nach hinten bis an die Grenze des weichen Gaumens resp. die Stelle der Weisheitszähne, nach vorn bis an die Uebergangsfalte der Oberlippe reicht. Die Geschwulst fühlt sich weich an und ist wenig schmerzhaft. Ihre Oberfläche ist stellenweise von verdünnter, dunkelgerötheter Schleimhaut überzogen, an anderen, bis 15 mm im Durchmesser haltenden, Stellen liegt eine zerfallende graugelbliche Gewebsmasse bloss, aus welcher einzelne weissliche Pfröpfe hervorragen. Beide Nasenhöhlen frei, nur ist beiderseits der Boden derselben etwas in die Höhe gedrängt. Keine nachweisbaren Lymphdrüsen.

9. XI. 87 wird nach Spaltung der Oberlippe der harte Gaumen sammt Alveolarfortsatz resecirt. Tamponade mit Jodoformgaze. Der Tumor ist überall scharf begrenzt; der ganze weiche Gaumen kann erhalten werden. — Am 25. XI. wird Pat. mit zum Theil noch granulirender Wunde entlassen. Den Defect des Gaumens füllt Pat. am Tage mit einem Wattepfropf aus. Nach einem halben Jahr stellt sich Pat. mit einem kleinen Recidiv am Rande des weichen Gaumens rechterseits vor, welches mit Meissel und Knochenzange exstirpirt wird. Nach einem weiteren halben Jahr erscheint Pat. wieder und zwar ganz recidivfrei. Er erhält eine Prothese welche er ohne Beschwerden zum Essen und Sprechen verwenden kann.

Anatomische Untersuchung des Tumors: Auf dem Durchschnitt zahlreiche Nester einer markig-weissen Geschwulstmasse innerhalb eines mehr durchscheinenden Gerüstes; bei Druck treten comedoartige Pfröpfe aus, welche aus Plattenepithelien bestehen und stellenweise deutliche Epithelperlen enthalten. Auf mikroskopischen Schnitten ist der typische Bau eines Plattenepithelkrebses zu erkennen.

Fig. 2. Melanotisches Sarkom des harten Gaumens.

H. B., 47 Jahre alt, Arbeiterwittwe aus Königsberg, will bis vor 3 Jahren stets gesund gewesen sein. 1887 bemerkte sie, dass die Fläche des harten Gaumens uneben wurde und

eine schwarze Farbe annahm; auch wurden die Backen- und Mahlzähne der rechten Seite locker. Keinerlei Beschwerden.

Als sich Pat. im October 1887 in der chirurgischen Poliklinik vorstellte, war folgender Status zu notiren: Mässig genährte, etwas anämisch aussehende Frau; in inneren Organen keine Veränderungen nachzuweisen. Die Schleimhaut des harten Gaumens sowie die Gingiva an den rechten Mahlzähnen fast gleichmässig grauschwarz verfärbt; innerhalb der verfärbten Partie hier und da kleine Inseln von normaler Schleimhautfarbe. An der Wangenschleimhaut beiderseits mehrere bis bohnengrosse Flecke von ähnlicher grauschwarzer Farbe. An letzteren Stellen sowie an den Grenzen der zuerst beschriebenen Partie zeigt die Schleimhaut sonst vollkommen normale Verhältnisse (Oberfläche, Glanz u. s. w.). Ueber der rechten Hälfte des harten Gaumens dagegen ist die Schleimhaut verdickt, stellenweise zu flachen Höckern emporgehoben. glanzlos, trocken. Epithelüberzug überall erhalten. Palpation ergiebt nichts Auffallendes; auch die rhinoskopische Untersuchung giebt einen negativen Befund. Keine Drüsen zu palpiren. — Es wird ein in Entwicklung begriffener melanotischer Tumor diagnosticirt, jedoch mit Rücksicht auf die diffuse Ausbreitung des Processes (Wangen) und die geringen Beschwerden von einem Eingriff abgesehen. Mehr als ein Jahr lang schien der Process keinen Fortschritt zu machen; die verfärbten Stellen vergrösserten sich unmerklich, ohne dass deutlichere Erscheinungen von Geschwulstbildung eintraten. Erst im Winter 1888/89 fing der Ueberzug des harten Gaumens sowie des rechten Alveolarfortsatzes sichtlich zu schwellen an. So entwickelte sich allmählich die in Fig. 2 dargestellte Geschwulst, wie sie im Frühjahr 1889 zu beobachten war. Sie präsentirte sich als eine dem harten Gaumen und rechten Alveolarfortsatz flach aufsitzende, blauschwarze Masse von derber Consistenz und flachhöckeriger Oberfläche, stellenweise von flachen, leicht blutenden Ulcerationen eingenommen. Zu dieser Zeit schwollen auch schon die Submaxillar-Lymphdrüsen an.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Gewebsstückes ergab den Befund eines melanotischen Sarkoms (grosse pigmenthaltige Rundzellen mit spärlichem Bindegewebe).

Im weiteren Verlauf wuchs die Geschwulst immer rapider weiter, ergriff den ganzen Oberkiefer, perforirte in die Nasenhöhle und zerfiel jauchig gegen die Mundhöhle zu, während sich auch die Drüsenmetastasen immer weiter entwickelten; zunehmender Marasmus. Anfangs Mai 1890 Exitus.

Tafel XIV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes.

Fig. 2. Melanotisches Sarkom des harten Gaumens.

Tafel XIV

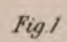




Fig.2



K. Braune pinxit

W.A.Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel XV.

Fig. 1. Erythem der Rachengebilde.

N. N. 43 J. alt. Apothekenbesitzer aus Ostpreussen.

Pat. war wegen einer seit Mitte November 1888 bestehenden Heiserkeit einem der Herausgeber dieses Atlas am 4. IV. 89 zugewiesen. Aus dem Berichte des Hausarztes ging hervor, dass tuberculöse Heredität bestand. Frühjahr 1888 syphilitische Infection. August 1888 erste Inunctionskur. October 1888 Periorchitis, deren Erscheinungen nach antisyphilitischer Behandlung verschwanden. Während einer im Februar 1889 durchgemachten neuen Inunctionskur soll die seit dem vorausgehenden Herbst vorhandene Heiserkeit geringer geworden sein. Von besonderer Wichtigkeit ist die in dem Briefe des Hausarztes enthaltene Mittheilung, dass die weiter unten zu beschreibende eigenthümliche Verfärbung der Gaumenschleimhaut schon lange vor der specifischen Infection beobachtet sei. Pat. selbst ergänzte diese Mittheilung dahin, dass der in Rede stehende Zustand schon 1874 gelegentlich einer Consultation bei Prof. Möller (†) constatirt und von dem Genannten auf den übergrossen Cigarrenverbrauch des Pat. bezogen sei.

4. IV. 1889: Kräftig gebauter, nach eigener Angabe an den Genuss alkoholischer Getränke und an Rauchen schwerer Cigarren gewöhnter Mann. Sprachklang etwas belegt. Keine besonderen Beschwerden. Die Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt die in Fig. 1 abgebildete kleinfleckige Röthung der Gaumenschleimhaut und diffuse lividrothe Verfärbung der Schleimhaut der Uvula, der Gaumenbogen und der Mucosa interarcualis. Pharynx-Schleimhaut (Pars oralis wie Pars nasalis) geröthet, trocken, stellenweise mit Borken bedeckt. Rhinoskopisch: Nasenhöhle auf beiden Seiten, besonders links, abnorm weit. Mucosa narium durchweg geröthet; da und dort gelbes Secret und Borken. Laryngoskopisch: Fleck- und streifenweise Hyperämie und leichte Schwellung der Bedeckungen des Kehlkopfinnern. Bei Untersuchung der Haut wird das Vorhandensein von Pityriasis versicolor und von Acne vulgaris dorsi constatirt. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Verordnung: Diätetische Vorschriften (Verbot des Rauchens und des Genusses alkoholischer Getränke). Kur in Ems.

Nach brieflicher Auskunft des Hausarztes vom 18. III. 90 hat sich in dem Zustande des Patienten, der seine alte Lebensweise beibehielt, seither wenig geändert; in specie persistirt die Injection der Mundschleimhaut.

Tafel XV.

Fig. 2. Breite Condylome (syphilitische Plaques, papulöse Schleimhautsyphilide) der Rachengebilde und der Zungenspitze.

X., 24 J. alt, Arbeiterfrau aus Ostpreussen.

Pat., im Juli 1889 unter den Erscheinungen constitutioneller Syphilis erkrankt, war von dem in ihrer Gegend ansässigen Arzte mit 4 in 8tägigen Intervallen ausgeführten subcutanen resp. intramusculären Injectionen in die Glutaealgegend behandelt worden. Die, bereits früher existirenden, besonders beim Essen recht lebhaften Schmerzen im Mund und im Halse hatten sich bei dieser Therapie nicht gebessert, weshalb Patient Anfang October 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath suchte. Um diese Zeit (in welche auch die Aufnahme der Abbildung fällt) bestanden folgende Krankheits-Erscheinungen: Lichtung des Haarbodens an einigen kleinen, nicht scharf umgrenzten, sonst übrigens unveränderten Stellen der Kopfhaut, Polyadenitis, besonders Schwellung der Submental- und Cervical-Drüsen, nässende Papeln in der Umgebung des Afters, breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut, der Zungenspitze, der Gaumenbogen, der Uvula, der Schleimhaut des velum palatinum, etwas Röthung und Schwellung der Gingiva. Das gequollene Epithel, welches die Oberfläche der Schleim-Papeln der Mundhöhle deckte, hatte (vielleicht unter dem Einfluss eines gewissen Grades von Mercurialismus?) ein heller-weisses Colorit angenommen, als gewöhnlich. Die papulösen Veränderungen der Mundwinkel präsentirten sich unter dem typischen Bilde etwa hufeisenförmiger, von schmutzig-gelben Borken bedeckter, an den Lippen selbst tief eingerissener, steilrandiger Erhabenheiten (vgl. Tafel IV, Fig. 4).

Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen durch etwa 5wöchige Behandlung (Mund-Reinigung mit entsprechend verdünntem Liquor Alumin. acet., Kauterisation der Plaques mit Argentum nitricum in Substanz, innerlich: Jodkalium).

Fig. 3. Narbige Veränderung der Rachengebilde nach Syphilis.

A. M„ 26 J. alt, Kellnerin aus Königsberg.*)

1881 syphilitische Infection. Wiederholte Attaquen destruirender Nasensyphilis. Hinsichtlich der Beschaffenheit der Fauces wurde am 3. I. 88 notirt: „Die Pharynxschleimhaut sowohl im Bereich des cavum pharyngonasale wie der Pars oralis atrophisch aussehend, von Narbenzügen netzartig durchsetzt. Das velum palatinum gleichfalls atrophisch. Die Uvula ist durch Narbengewebe nach rechts dislocirt; nahe ihrer Basis eine erbsengrosse Perforatio veli.“ Ueber die Entstehung dieser Veränderung liess sich Näheres nicht eruiren. Unsere Abbildung versinnlicht die Beschaffenheit der Rachengebilde nach Ablauf von weiteren zwei Jahren, während derer Patientin wiederholt antisyphilitisch behandelt wurde. Wie man sieht, ist durch narbige Contraction die Durchbruchsstelle am weichen Gaumen verschwunden, die Uvula wieder in die Medianlinie gerückt, die rechte Seite des Velum palatinum verkürzt.

*) Die Krankengeschichte dieser Patientin ist in der aus dem Ambulatorium von Michelson erschienenen Arbeit Gerber's: Beiträge zur Kenntniss der pharyngo-nasalen Syphilis-Affectionen, Arch. f. Dermatolog. u. Syphil., 1889, Heft 4, S. 506 u. 507 in extenso mitgetheilt.

Tafel XV.

Fig. 4. Perforation des weichen Gaumens durch ulceröse Syphilis.

F. R.. 26 J. alt, Schuhmacher aus Königsberg.

Herbst 1888 ein erbsengrosses Geschwür an der Haut des Penis. Keine ärztliche Behandlung. Ueber etwaige der Ulceration gefolgte Allgemein-Erscheinungen nichts zu eruiren. Seit Mai 89 „Schnupfen". In den letzten Wochen erfolglose Behandlung mit Einpinselungen des Nasen-Innern durch einen zu Rath gezogenen Arzt.

22. XI. 89. Kräftig gebauter, aber blass aussehender Mann. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Nasenverstopfung, Verschlucken und Eindringen von Speisetheilen in die Nase bei Nahrungsaufnahme. Sprache gaumig-nasal. Im vordersten medianen Theile des weichen Gaumens eine etwa 6 mm lange durchschnittlich ca. 2 mm breite, sich dorsalwärts etwas verschmälernde längs-ovale Perforation mit scharfen ulcerirten Rändern. Die Mucosa veli zeigt eine intensive sammetartige Röthung, von der nur die seitlichen Partien freigeblieben sind. Nach der Peripherie hin blasst diese Röthe etwas ab; in der hinteren Zone derselben fällt ein Netz von erweiterten Gefässen auf. Aus der Perforationsstelle sieht man bei rückwärts geneigtem Kopf zuweilen zähes purulentes Secret ausfliessen und dann an deren hinterer Umgebung haften bleiben. Auch die übrigen Rachengebilde, ganz besonders die Uvula, entzündlich geschwollen und verfärbt (Fig. 4). Rhinoskopisch: Bedeckungen der unteren Muscheln stark infiltrirt, verhindern den Einblick in die hintern Theile der Nasenhöhle. Pharyngoskopische Untersuchung wegen zu grosser Reflexreizbarkeit auch nach Cocaineinpinselung unausführbar. Beim Vorziehen und Anheben des Velum mit dem Voltolini'schen Gaumenhaken kommt an der hintern Wand des Naso-Pharynx eine tiefe, rundliche, fast 2 cm im grössten Durchmesser haltende Ulceration zu Gesicht. Die den Grund derselben anfüllenden Granulationen sind grösstentheils mit grünlich-gelbem Secret bedeckt, Ränder des Geschwürs erhaben, unregelmässig gewulstet. (Vgl. Tafel XXIII, Fig. 1.) Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Energische, bis Mitte März 1890 fortgesetzte antisyphilitische Kur, bestehend in ca. 55 Inunctionen von 3—4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner. und innerlichem Gebrauch von ca. 100 gr Jodkalium. Oertlich: Jodoform-Insufflation, später einige Male Aetzen der Ränder der Durchbruchsstelle am Gaumen mit Ag. nitric.

Erfolg der Behandlung: Beseitigung sämmtlicher Krankheitserscheinungen. An der Stelle der früheren Gaumen-Perforation eine stark nadelkopfgrosse, etwas trichterförmig vertiefte Narbe. Die seitens des Geschwürs der hinteren Schlundkopfwand hinterlassene Narbe glatt und flach.

Tafel XV.

Fig. 1. Erythem der Rachengebilde.

Fig. 2. Breite Condylome (syphilitische Plaques, papulöse Schleimhautsyphilide) der Rachengebilde und der Zungenspitze.

Fig. 3. Narbige Veränderung der Rachengebilde nach Syphilis.

Fig. 4. Perforation des weichen Gaumens durch ulceröse Syphilis.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 1

Fig. 2

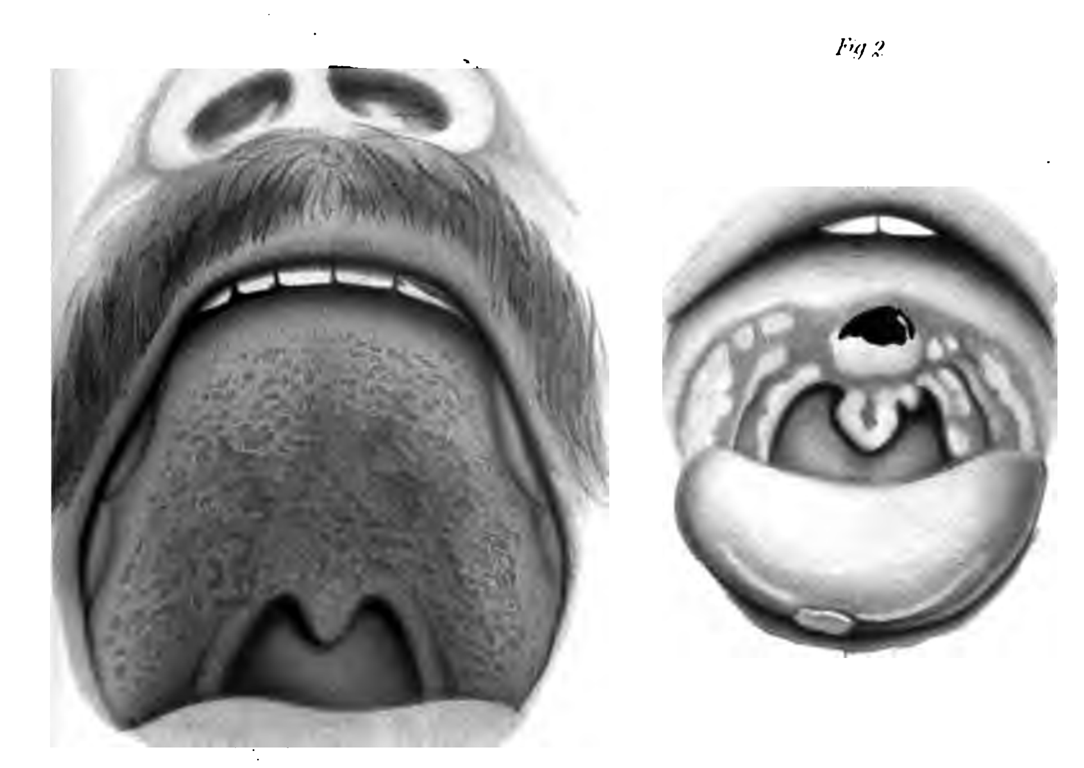
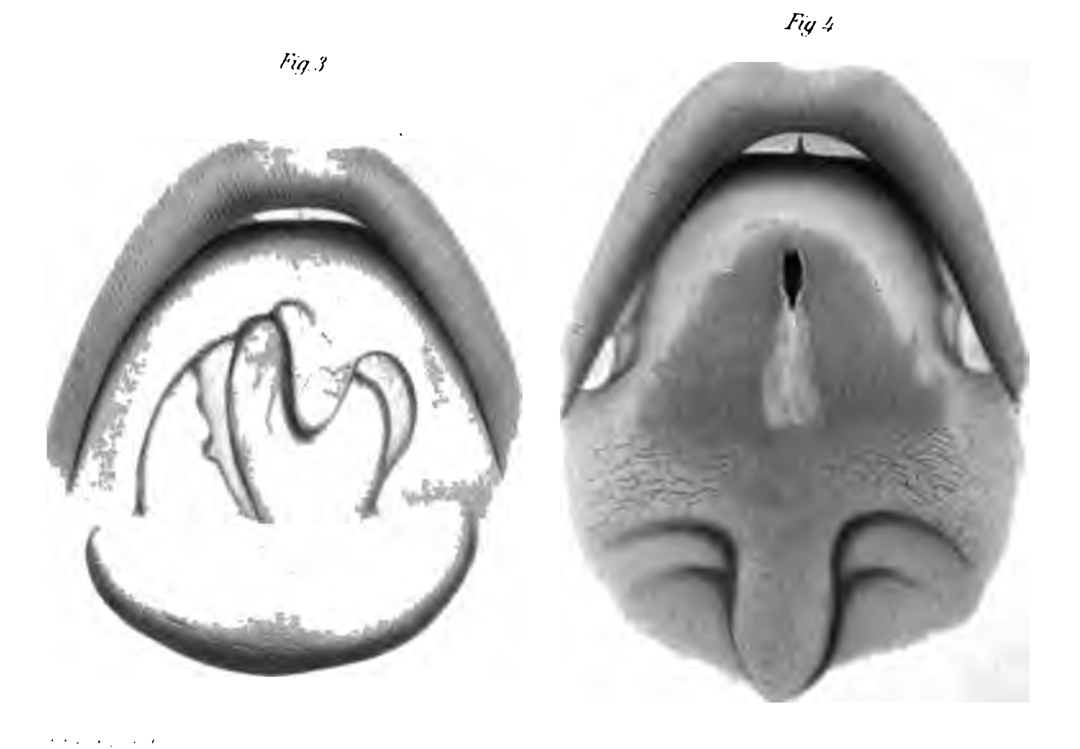


Fig. 4

Fig. 3



Tafel XVI.

Fig. 1. Leukoplakia (Psoriasis) buccalis (Plaques des fumeurs. Tylosis).

R. R., 40 J. alt, Gutsbesitzer aus Russisch-Polen, acquirirte vor 16 Jahren Syphilis. Vor 9 Jahren bemerkte Pat. zum ersten Mal weisse Flecke am Zungenrücken, welche allmählich an Umfang zunahmen und sich später auch an der Schleimhaut der Wange und Unterlippe entwickelten. Anfänglich hatte Pat. keinerlei Beschwerden; in den letzten Jahren empfindet er dagegen besonders am linken Zungenrand ein schmerzhaftes Brennen, welches sich beim Sprechen und Kauen steigert; seit dieser Zeit beherrscht den Kranken eine gewisse hypochondrische Stimmung. Alle bisher gebrauchten örtlichen und allgemeinen Mittel, namentlich auch antisyphilitische Kuren, blieben erfolglos. Pat. raucht stark Cigaretten (bis 50 täglich); auch trinkt er gewohnheitsmässig Branntwein.

Zur Zeit der Anfertigung der vorliegenden Abbildung, März 1890, sind an dem kräftig gebauten, ziemlich gut genährten Patienten ausser den Veränderungen der Mundschleimhaut keine anderweitigen Erkrankungen nachzuweisen. (Keine sonstigen Zeichen von Lues.) Die milchweissen, einen matten Glanz zeigenden Verfärbungen der Mundschleimhaut nehmen in Form von grösseren und kleineren, zum Theil confluirenden, undeutlich und unregelmässig begrenzten Flecken die vordere Hälfte des Zungenrückens und beider Zungenränder ein: die dazwischen liegenden, nicht verfärbten Schleimhautpartien sind hyperämisch. Eine ausgedehnte Verfärbung mit verschwommenen Grenzen zeigt die Wangen- und Lippenschleim

Tafel XVI.

Fig. 1. Leukoplakia (Psoriasis) buccalis (Plaques des fumeurs, Tylosis).

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Wangenschleimhaut.

Fig. 3. Cavernöses Angiom der Wangenschleimhaut.

Tafel XVI

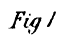




Fig 2

Fig 3





A. [illegible] Lith. Inst. Berlin

H. Braune pinxit

Tafel XVII.

Fig. 1. Tonsillitis (Amygdalitis, Angina) follicularis.

N. N., 21 J. alt, Student aus Königsberg.

Der wegen eines nicht syphilitischen Bubo inguinalis in der Behandlung der chirurgischen Klinik befindliche Patient giebt an, seit dem Sommer 1888 wiederholt an Entzündungen der Mandeln gelitten zu haben. Seit dem 1. XI. 89 Klage über Schmerzen im Halse, die namentlich beim Schlucken auftreten. Objectiv am 3. XI. 89: Mässige Schwellung beider Tonsillen; starke entzündliche Schwellung des Schleimhautüberzugs derselben. Gefässe der benachbarten Theile der Gaumenschleimhaut injicirt. In den Tonsillarkrypten eine Anzahl stecknadelkopfgrosser, zum Theil auch noch umfangreicherer, gelblich-weisser Flecke. Kein Fieber. (Regelmässige Temperaturmessungen.) Verschwinden sämmtlicher Krankheitserscheinungen nach etwa acht Tagen unter geeigneter Behandlung.

Fig. 2. Chronische Hypertrophie der linken Tonsille, eine Geschwulst vortäuschend.

A. F., 10 J. alt, Besitzertochter aus Ostpreussen.

Das sonst gesunde und anscheinend geistig rege Kind soll taub geboren sein. Bei dem ihr in der Taubstummenanstalt zu Königsberg ertheilten Sprachunterrichte fiel es auf, dass das Kind ausser Stande war, die Gaumenlaute in geeigneter Weise zu bilden. Die Ursache dafür glaubte der Lehrer in der sogleich zu beschreibenden Geschwulst zu finden.

Nach der seitens der Angehörigen ertheilten Auskunft soll diese Geschwulst bereits in frühester Kindheit bemerkt worden sein, allmählich aber sich etwas vergrössert haben.

6. II. 1890. Pat. hält dauernd den Mund geöffnet. Die linke Seite des Velum und der Uvula wird von einem fast wallnussgrossen, nach unten sich etwas verjüngenden, birnförmigen Tumor occupirt, der sich, wie die Sondenuntersuchung erkennen lässt, breitbasig zwischen den Gaumenbogen inserirt. Die Consistenz der Geschwulst ist derb-elastisch; ihr Schleimhautüberzug glatt, von livid-röthlicher Färbung; in der Mitte der Vorderfläche fallen zwei etwa linsengrosse gelblich durchscheinende Stellen und am obern Theile ein etwa 1 mm breiter sehnenartig gefärbter Streifen auf, an welchen letzteren sich kleine ectatische Gefässe ansetzen. Rechte Tonsille von normaler Beschaffenheit; am übrigen Körper (auch otoskopisch) nichts Bemerkenswerthes zu ermitteln. Behandlung: Entfernung der Geschwulst mit dem Tonsillotom.

Anatomischer Befund: Sofort nach der Entfernung gewinnt die Geschwulst ein viel tonsillenähnlicheres Aussehen, wie während ihres Zusammenhangs mit dem Körper. Es treten namentlich jetzt eine grosse Zahl mehr oder weniger umfangreicher Lacunen zu Tage, die sich vorher der Wahrnehmung entzogen hatten.

Histologisch: Cytogenes Gewebe mit stark entwickeltem Bindegewebsstratum.

Erfolg der Behandlung: Nach Mittheilung des Taubstummenlehrers vermag Pat. nunmehr die Gaumenlaute in viel befriedigenderer Weise auszusprechen, als früher.

Fig. 3. Tonsillitis chronica.

C. N., 14 Jahre alt, Inspectorstochter aus Königsberg.

Gut entwickeltes, sonst gesundes Mädchen. Seit längerer Zeit öfters Schmerzen beim Schlucken.

19. XI. 89. Beide Tonsillen geschwollen und mässig geröthet. An denselben fallen stark ausgebildete Krypten auf. Kein Fieber, keine Symptome constitutioneller Erkrankung.

Behandlung: Anfänglich Gurgeln mit verdünnter essigsaurer Thonerde, nach Verschwinden der acuten Erscheinungen: Tonsillotomie.

Controlluntersuchung am 24. II. 90: Die Nische zwischen den beiden rechtsseitigen Gaumenbogen ist noch von einem Rest der Tonsille ausgefüllt. Pat. giebt an, seit der Behandlung im Herbst dieses Jahres von den früheren Beschwerden verschont geblieben zu sein.

Fig. 4. Benigne Tonsillar-Mykose.

Frl. B., 22 J. alt, Lehrerin aus Königsberg.

Die an Caries mehrerer Zähne leidende, sonst aber gesunde Dame bemerkte seit Juli 1890 kleine weisse Flecke, zuvörderst an der rechten, dann auch an der linken Gaumenmandel; zugleich stellte sich ein leichtes Unbehagen, eine „scheuernde" Empfindung im Halse ein. Durch die angewandten Mittel (Gurgeln mit Sol. kal. chlor. etc.) wurden die Krankheitserscheinungen nicht zum Verschwinden gebracht und suchte Pat. auf Veranlassung von Herrn Dr. Borbe am 18. XI. 90 bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand an den im Uebrigen unverändert aussehenden Tonsillen eine Anzahl theils rundlicher, theils unregelmässig gestalteter nadelspitzen- bis hirsekorngrosser, das Schleimhautniveau etwas überragender weiss oder weiss-gelblich gefärbter Flecke. Die grösseren derselben hatten ihren

Tafel XVII.

Sitz augenscheinlich in den Tonsillarkrypten. Der Zusammenhang zwischen diesen Auflagerungen und dem unterliegenden Gewebe war ein so inniger, dass es der ziemlich energischen Handhabung der Schäffer'schen Löffelsonde bedurfte, um dieselben zu entfernen. Makroskopisch hatten die ausgelöffelten Massen eine schmierig-weiche Consistenz; die grössern derselben boten beim Zerdrücken einen etwas fötiden Geruch dar. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die in Rede stehenden Massen sich aus Leptothrix und Gemischen verschiedenartiger Bacterien zusammensetzten.

Behandlung: Mundreinigung mit Thymolmundwasser. Wiederholte Auslöffelung.

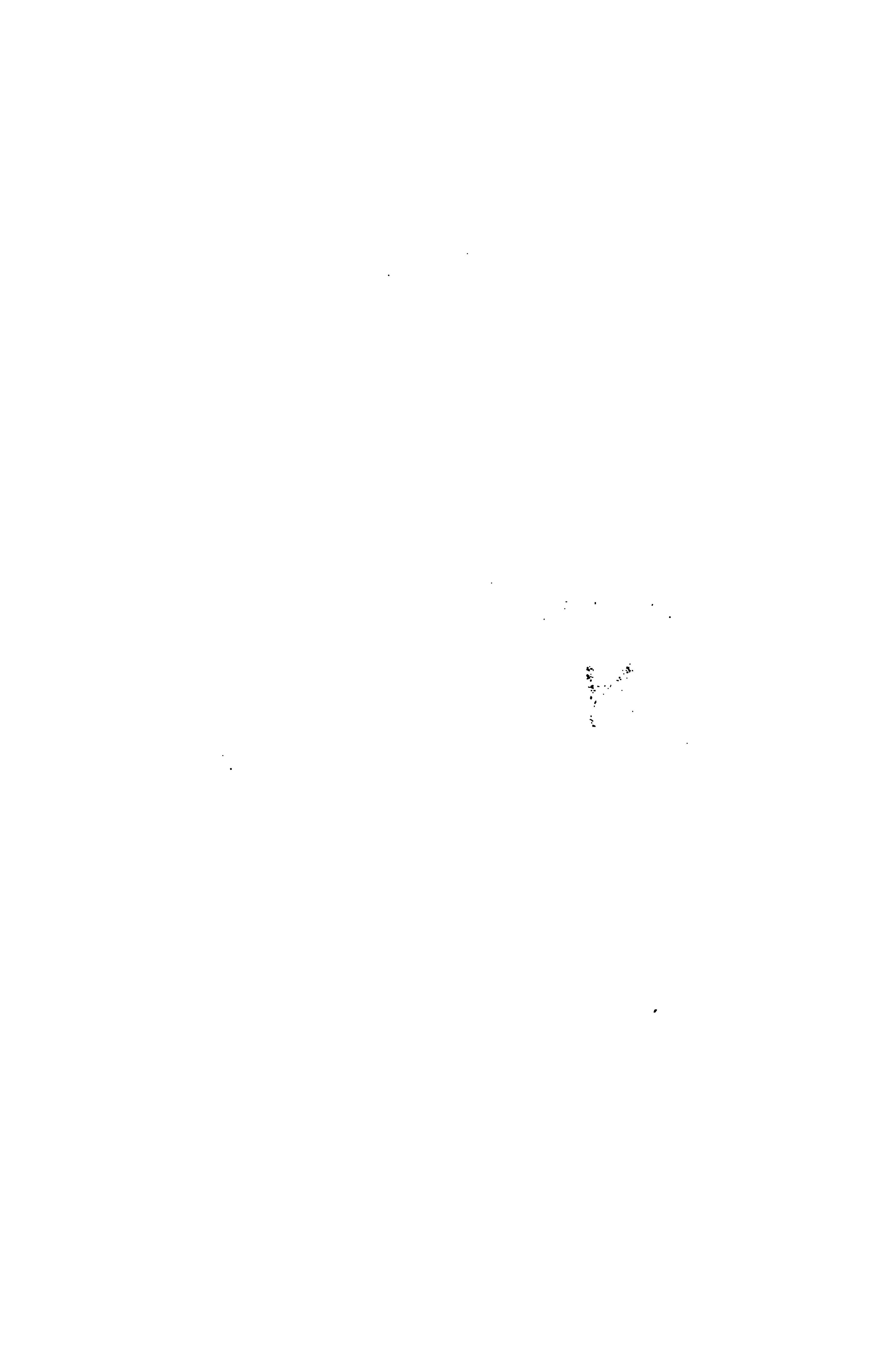
Tafel XVII.

Fig. 1. Tonsillitis (Amygdalitis, Angina) follicularis.

Fig. 2. Chronische Hypertrophie der linken Tonsille, eine Geschwulst vortäuschend.

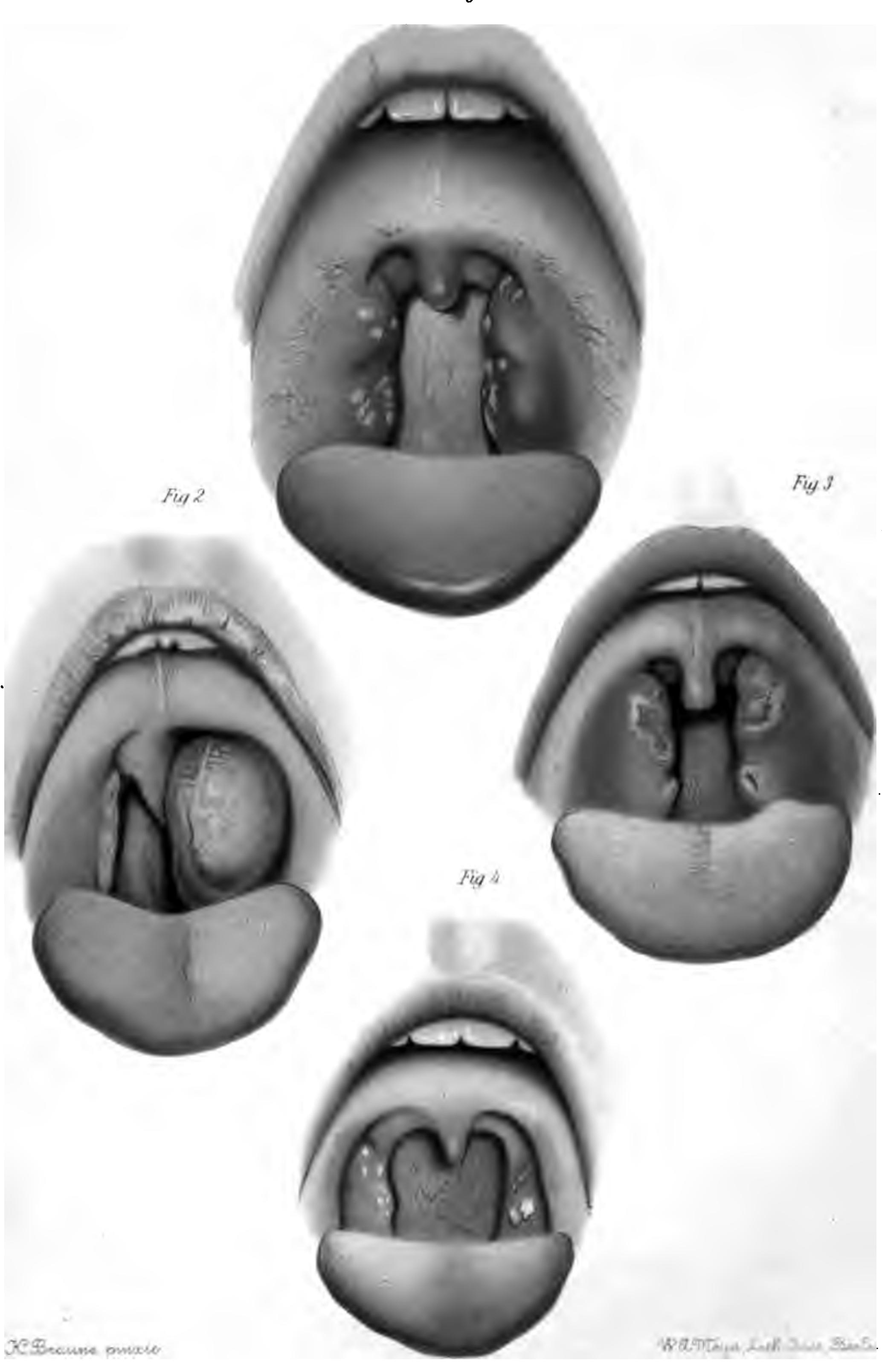
Fig. 3. Tonsillitis chronica.

Fig. 4. Benigne Tonsillar-Mykose.



Tafel XVII

Fig 1



Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Tonsillen.

M. B., 23 J. alt, Wirthin aus Königsberg.

Die kräftig gebaute Pat. trat am 9. X. 1889 mit folgenden Krankheits-Erscheinungen in poliklinische Behandlung: Erosion an der rechten grossen Schamlippe, ziemlich starke indolente Schwellung der Inguinal-, geringere der Cervical- und Nuchal-Drüsen, Roseola, Condylomata lata der Vulva und der Umgebung des Anus. Die Oberfläche der über die Gaumenbogen etwas hervorragenden Tonsillen sowie die freien Ränder der vorderen Gaumenbogen boten, von einer opaken, weiss-gelblich verfärbten Lage gequollenen Epithels bedeckt, das typische Bild der sogenannten Plaques muqueuses dar; der an den obersten Theil der Tonsille grenzende Abschnitt des Arcus palato-glossus dexter zeigte sich in Folge eines schmalen ulcerösen Defects ausgezackt; die Schleimhaut in der Umgebung der Tonsillen durchweg in mässigem Grade geröthet. An der Pars oralis pharyngis ein paar nadelkopfgrosse Granula (geschwollene Lymphfollikel). (S. Fig. 1.)

Behandelt wird Pat. bis zum 3. XII. 1889 mit 11 intramusculären Injectionen von 0.1 Hydrargyr. salicylic. in 1.0 Paraffin. liquid. An dem genannten Tage ist von dem früher vorhandenen Exanthem nichts mehr nachweisbar; Schwellung der Drüsen geringer, Plaques der Tonsillar-Schleimhaut, zerfallende Papeln der Genital- und Anal-Gegend noch nicht völlig abgeheilt. Pat. entzieht sich dann einige Wochen hindurch der Beobachtung. Als sie sich am 9. I. 1890 wieder vorstellt, finden sich: Impetigo capitis, Röthung und Schuppung der Haut in der Circumferenz des l. Nasenflügels, Leucoderma specificum nuchae, zerfallende Papeln ad anum, opaline Trübung des Epithels an einem etwa kartenherzförmigen, von einer schmalen hyperämischen Zone umrandeten Bezirk der unteren Fläche der Zungenspitze. Behandlung: Innerlich Jodkalium, örtlich: Touchiren mit Arg. nitric.

Am 20. I. 1890, seit welchem Tage Pat. wiederum vorläufig ausbleibt, sind die Krankheitserscheinungen im Rückgang, aber noch nicht vollkommen beseitigt.

Mai 1890 sucht Pat. die Poliklinik wegen Schmerzen in der Umgebung des Afters auf, als deren Ursache ein Kranz zerfallener Papeln ermittelt wird. In der Mund-Rachenhöhle

keine syphilitischen Veränderungen mehr. Polyadenitis. Erfolgreiche Behandlung mit 20 mercuriellen Frictionen (von 3.0 Unguent. hydrargyr. ciner.) und Verbinden der Condylomata lata ad anum mit Unguent. hydrargyr. oxyd. rubr.

Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.

W. H., 18 J. alt, Kämmerersohn aus Ostpreussen*).

Keine hereditäre Belastung. Als erstes Anzeichen des jetzigen Krankheitszustandes zeigten sich 1887 Drüsenschwellung in der Submental-Gegend. Wundsein und Anschwellung der Umgebung des rechten Nasenloch's. Unter anderweitiger Behandlung früher erfolgloser Gebrauch von Jod-Präparaten.

Objectiv am 16. V. 1889 (vergl. Taf. IX, Fig. 2): Ziemlich gut genährter junger Mensch ohne besondere Beschwerden. Oberlippe entenschnabelartig geschwollen. Gingiva der oberen Schneide- und Eckzähne in eine üppig granulirende, mit reichlichem Eiter bedeckte Geschwürsfläche umgewandelt; auch die Uebergangsfalte und die mittlere Partie der Oberlippen-Schleimhaut sind in den Bereich der Erkrankung hineingezogen. An letzterer Localität nadelspitzen- bis linsengrosse discrete Infiltrations- und Ulcerations-Herde von gelblich-rother Färbung neben diffuseren gerötheten und geschwollenen Partien. Frenulum labii superioris grösstentheils zerstört. — An den linksseitigen Gaumenbogen und der Interarcual-Schleimhaut der linken Seite mehrere, sich über das Niveau ihrer Umgebung nicht erhebende nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse weisslich-graue Infiltrate. Am lateralen Theile der Umrandung des rechten Nasenloch's, im Vorhof beider Nasenhälften und in der Nasenhöhle selbst, besonders rechterseits, mehr oder weniger umfangreiche Ulcerationen. Submental- und Submaxillar-Drüsen indolent geschwollen, bis haselnussgross, verschieblich. Am übrigen Körper, in specie an Lungen und Haut nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Zerstörung der erkrankten Partien der Mund- und Nasenschleimhaut resp. des septum cartilagineum durch den scharfen Löffel, den Paquelin'schen Thermocauter, stellenweise auch (an den Gaumenbogen) den geknöpften Galvanocauter. Excision der vergrösserten Hals-Lymphdrüsen.

Mikroskopischer Befund an den durch Evidement entfernten Massen: Gefässreiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne Tuberkelbacillen. Die Untersuchung der erkrankten Drüsen ergiebt das Vorhandensein typischer Riesenzellen-Tuberkel.

März 1890: Am Zahnfleisch und im Nasen-Innern Neigung zu Recidiven. Rechte Tonsille und arcus palato-glossus dexter in eine von unregelmässigen Rändern umgebene Geschwürsfläche umgewandelt; an der Wurzel der uvula rechterseits ein gelbes, kaum stecknadelkopfgrosses Infiltrat inmitten der die ulcerirte Partie umgebenden hyperämischen Schleimhautzone. (S. Tafel XVIII, Fig. 2.) Die letztbeschriebenen Veränderungen heilen nach Behandlung mit dem Paquelin'schen Thermocauter.

Mai 1890: Im Naseninnern weiche Geschwulstmassen, die in bis haselnussgrossen Stücken theils mit der Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel entfernt werden und histologisch aus Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen bestehen.

21. XI. 1890: An der Schleimhaut des Zahnfleisches, der Oberlippe, des harten Gaumens, der Rachengebilde, der Nase und neuerdings auch des Kehlkopfs bieten wiederum

*) Die Krankengeschichte dieses von beiden Herausgebern des Atlas beobachteten Falles ist von einem derselben an anderm Orte in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII, Suppl., S. 216. Berlin, 1890.)

zahlreiche Stellen den Charakter tuberculöser Erkrankung dar. Röthung und diffuse Schwellung der Haut der äusseren Nase rechterseits. Behandlung mit Koch's Tuberkulin in der medicinischen Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim). Starke örtliche und allgemeine Reaction. Auf die erste Injection von 0.01 gr steigt die Körpertemperatur von 36.1 auf 40.4.

Pat. erhält bis zum 5. III. 91 im ganzen 21 Injectionen; die applicirte Dosis wird dabei allmählich bis auf 0.1 gr Tuberkulin erhöht. Eine erhebliche febrile Reaction fand nach den letzten drei Injectionen von je 0.1 gr nicht mehr statt. Während in den ersten Wochen der Behandlung eine entschiedene Besserung der Krankheitserscheinungen erkennbar war (reineres Aussehen, stellenweise Ueberhäutung der ulcerirten, Abflachung und geringere Röthung der infiltrirten Partien), bleibt der Process in letzter Zeit vollkommen stationär. Das Allgemeinbefinden des Pat. ist gut; derselbe hat seit Beginn der Tuberkulinbehandlung 5 kg an Gewicht zugenommen. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass an den Tagen nach den Injectionen an der Schleimhaut der Mundrachenhöhle mehrfach neue Eruptionen verschiedenen Charakters, so besonders Gruppen von gelben Stippchen auf geröthetem, etwas erhabenem Grunde bemerkt wurden. Diese frisch entstandenen Veränderungen pflegten dann im Verlaufe weniger Tage wieder zu verschwinden.

Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.

F. B., 15 J. alt, Fleischersohn aus Königsberg.

Die Mutter des Pat. starb im Alter von 29 Jahren an „Schwindsucht"; der Vater giebt an, stets gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen zu sein, auch zwei im Alter von 16, resp. 12 Jahren stehende Geschwister des Kranken sollen gesund sein. Dieser selbst litt im zweiten Jahre an „Knochenfrass" des linken Schienbeins; als er etwa 3 Jahr alt war, wurde ihm eine haselnussgrosse Geschwulst aus dem rechten obern Augenlid entfernt; wiederholt machte er Augenentzündungen durch. Seit 2—3 Wochen wird über mässige Schmerzen beim Schlingen geklagt.

1. III. 90. Blass aussehender, körperlich mangelhaft entwickelter, aber geistig reger Knabe. Dem Margo supraorbitalis dexter etwa parallel läuft eine 2 cm lange lineäre, ein wenig vertiefte Narbe. Alte, unregelmässig gestaltete, hinter dem Niveau der umgebenden Haut etwas zurückbleibende Narben finden sich auch über dem medialen Condylus des linken Oberschenkels, sowie über dem obern Theil des medialen Randes der linken Tibia. Eine veränderte Beschaffenheit des von ihnen gedeckten Knochens nicht nachweisbar. An der übrigen Haut nichts Abnormes. Mundschleimhaut grösstentheils blass; nur die Gegend der Gaumenbogen und die mediale Partie der rechtsseitigen Interarcual-Schleimhaut zeigt mässige Röthung. Die freien Ränder der beiderseitigen Gaumenbogen etwas verdickt und unregelmässig ausgeschweift; Uvula stark verkürzt. Die gesammte Oberfläche der rechten Tonsille ist ulcerirt, mit blassröthlichen grobkörnigen Granulationen bedeckt. Der Schleimhautüberzug der in mässigem Grade vergrösserten linken Gaumenmandel ist scheinbar unverändert; nach Abduction ihres vorderen Randes mit einer entsprechend gebogenen Sonde aber wird im Binnenraum auch dieser Tonsille eine, den daselbst vorhandenen Recessus und dessen nähere Umgebung occupirende Ulceration wahrnehmbar. An der Pars oralis pharyngis rechterseits eine eiterbedeckte, am Rande stark granulirende Geschwürsfläche von etwa 1 cm Länge, 4—5 mm Breite. Am medianen Theil der Schleimhaut des Mund-Pharynx mehrere discrete nadelspitzen-nadelkopfgrosse flache blassgelbe Knötchen. Nach Abziehen des Velum mit dem Gaumenhaken sowie durch pharyn-

goskopische Untersuchung überzeugt man sich, dass der Geschwürsprocess sich auf die hintere Wand des Nasen-Rachenraums in recht weitem Umfange fortsetzt. Durch tiefes Hinunterdrücken der Zunge mit Finger oder Spatel ist der obere Theil des Kehldeckels zu Gesicht zu bringen und lässt sich an der Grenze zwischen dem oberen und rechtslateralen Rande ein wie ausgenagt aussehender schmaler ulceröser Defect erkennen. (Fig. 3.) Mittelst der laryngoskopischen Untersuchung wird eruirt, dass die geschwürigen Veränderungen der rechtsseitigen Rachengebilde nach abwärts auf den Arcus glosso-epiglottic. d. und den Kehlkopfeingang übergreifen. Partielle Zerstörung ist ebenso wie an der Epiglottis auch am lgt. ary-epiglottic. d. eingetreten. R. Taschenband von fungösen Granulationen bedeckt; ein etwa hanfkorngrosses Granulationsknötchen prominirt aus dem vordersten Theil der linken Morgagni'schen Tasche. Stimme z. Z. nicht heiser, soll nur zeitweise etwas belegt sein. Submental-, Submaxillar- und Cervical-Drüsen in mässigem Grade geschwollen, von elastisch-weicher Consistenz. — An der Cornea des rechten Auges frische Phlyktaenen und einige punktförmige graue Flecke. Lichtscheu und Thränenträufeln. Lungen nicht nachweislich erkrankt, überhaupt am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Syr. Ferr. jodat., Syr. Sacch. ana 40,0, 3 mal täglich ein Theelöffel, Touchiren der erkrankten Schleimhaut-Partien mit 50pct. acid. lact., roborirende Diät. Nach Verbrauch von 2 Flaschen obiger Arznei wird Kreosot verordnet.

1. VI. 90. Pat. hat 3 kgr an Gewicht zugenommen. Schwellung der Halslymphdrüsen geringer als früher, doch sind einige haselnussgrosse, mässig indurirte Drüsen noch deutlich nachweisbar. Die älteren Ulcerationen der Tonsillar-Schleimhaut und der Schleimhaut der Pars oralis pharyngis grösstentheils geheilt; die linke Tonsille umfangreicher als früher, an ihrer Kuppe ein erbsengrosses flaches Geschwür. Am medianen obern Theil der Pars oralis pharyngis ein sich auf den Naso-Pharynx direct fortsetzendes und hier ein ca. zweimarkstückgrosses Terrain occupirendes, mit gelbem Secret bedecktes, nicht besonders tiefes Geschwür. Der im Mund-Pharynx sichtbare, annähernd einem Kreissegment entsprechende Theil desselben misst ca. 1 cm im grössten Durchmesser, sein Rand bildet einen nach unten convexen Bogen: aus dem Geschwürsgrunde prominiren einige Granulationen. In der Circumferenz des Geschwürs keine entzündliche Röthung oder Schwellung (vgl. Tafel XXIII, Fig. 3). Laryngoskopisch: Am r. lgt. ary-epiglottic. und am r. Taschenbande flache narbige Defecte, sonst nichts Auffälliges mehr. — Behandlung: Oertlich Einpinselung der ulcerirten Stellen mit Menthol. 15,0, Ol. Olivar. 100,0, Jodoform pulverat. 4,0; innerlich weiterer Gebrauch der Kreosot-Pillen. Von September an wieder lokale Application von 50procentiger Milchsäure.

Im Laufe der nächsten Monate dehnt sich das Pharynx-Geschwür nach rechts hin auf die seitliche Rachenwand aus und geht von hier auf das Gaumensegel und die rechtsseitigen Gaumenbogen über, den Arcus palato-pharyngeus vollständig, den Arcus palato-glossus grösstentheils zerstörend. Im Geschwürs-Belag werden vereinzelte Tuberkelbacillen nachgewiesen. October 1890 sieht man den Process sich auf die rechte Seite der Zungenwurzelgegend sowie der oralen Kehldeckelfläche fortsetzen und auch an den das Vestibulum laryngis begrenzenden Schleimhautpartien ein Recidiv entstehen. Mässige Schlingbeschwerden. Anämisches Aussehen. Starke Abmagerung. In diesem Zustand wird Pat. am 27. XI. 1890 in die medicinische Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim) behufs Behandlung mit Robert Koch's Tuberkulin aufgenommen. Temp. an diesem Tage Morgens 37,0, Abends 38,2. Vom 28. XI. bis 30. XI. bleibt Pat. fieberfrei.

21. XI. 1890. Erste subcutane Injection von 0,005 Tuberkulin. Temp. steigt von 36,9 auf 38,8; geringe örtliche Reaction. (Mässige Röthung und geringe Schwellung in der nächsten Umgebung der Pharynx-Ulceration.) Gewicht am 2. XII. 90 30 kgr. Bis zum 18. XII. 1890

Tafel XVIII.

erhält Pat. 6 weitere Injectionen unter allmählicher Steigerung der angewandten Dosis. Nach der letzten Einspritzung (von 0,03 Tuberkulin) steigt die Temp. von 36,2 auf 39,3. Die Heilung der Pharynx- und Larynx-Affection hat inzwischen sehr befriedigende Fortschritte gemacht, obschon eine erheblichere örtliche Reaction nie zu Tage trat. Der Heilungsvorgang — soweit derselbe makroskopisch kontrollirbar war — spielte sich einfach in der Weise ab, dass die Geschwürsflächen weniger stark secernirten, ihr Grund ein reineres Aussehen annahm, die kleinhöckerigen Partien am Kehldeckel, dem r. lgt. ary-epiglotticum und dem r. Taschenbande sich abflachten, während gleichzeitig die übrigens nie bedeutende Röthung und Schwellung in der Umgebung der Pharynx-Ulceration nachliess. Eine Exfoliation nekrotischer Massen konnte nicht beobachtet werden. Bereits am 4. XII. 1890 war Pat. aus der Klinik entlassen und hatte während des Decembers nur eine Injection am 18. XII. erhalten (s. o.). In dieser Zeit hebt sich das Allgemeinbefinden ausserordentlich, obschon eine vollkommene Ausheilung des örtlichen Krankheitszustandes vorerst noch nicht erfolgt. Vom 8. I. 91 — 17. I. 91 wird Pat. wiederum in die Klinik aufgenommen und erhält im Verlauf dieser Tage 5 Injectionen von 0,03—0,1 Tuberkulin; dann ambulante Behandlung mit Einspritzungen in letzterer Dosis (8 vom Tage der Entlassung aus der Klinik bis zum 27. III. 91). Seit der 2. Aufnahme in die Klinik fand eine febrile Reaction auf die Injectionen nicht mehr statt. Anfang Februar ist der letzte Rest der Ulcerationen überhäutet.

4. IV. 91. An der Stelle des früher vorhandenen Geschwüres der Rachengebilde solide, weisse, sehnig aussehende Narben; am r. Rande des Kehldeckels ein kleiner dreieckiger, narbiger Defect; die vordem veränderten Theile der Schleimhaut der Zungenwurzel, des r. Taschenbandes und des r. lgt. ary-epiglotticum blass, narbig-atrophisch. Pat. sieht blühend wohl aus; Körpergewicht ist seit dem 17. XI. 90 von 31,9 kgr auf 40 kgr, also um etwas über 8 kgr gestiegen.*)

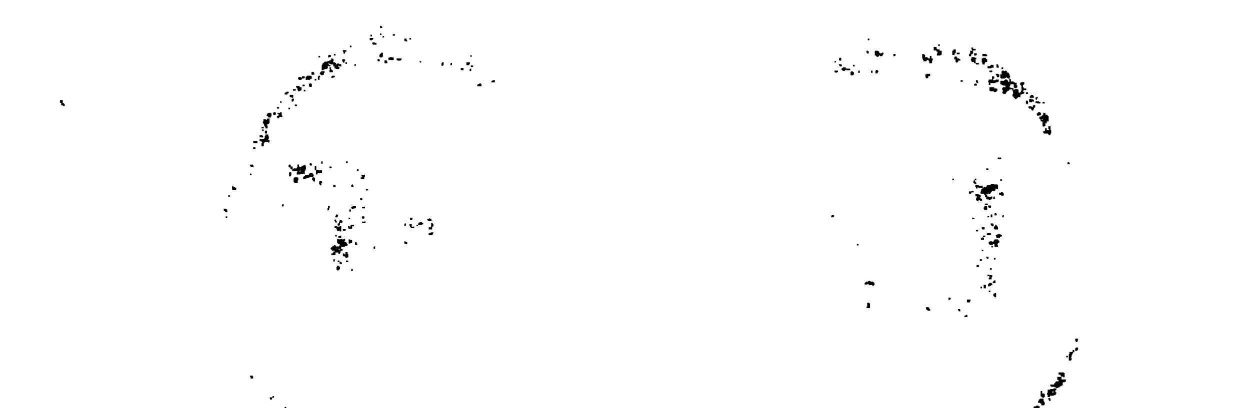
*) Pat. wird am 20. IV. 91 im Verein für wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg vorgestellt. (Michelson: Ueber drei nach Koch's Methode erfolgreich behandelte Fälle von Tuberculose der Schleimhäute der oberen Luftwege. Deutsche med. Wochenschr. 1891.)

Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Tonsille.

Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.

Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.



Tafel XVIII

Fig. 1



Fig. 2

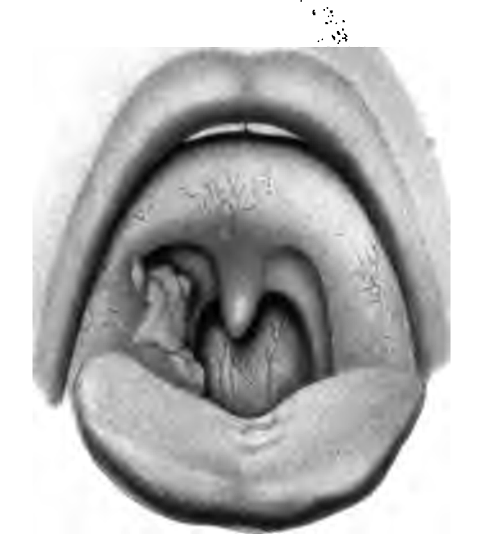


Fig. 3



H. Braune pinxit. W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin.

Tafel XIX.

Fig. 1. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).

A. P., 37 J. alt, Gastwirth aus dem Landkreis Königsberg.

Der robust gebaute, sonst gesunde Pat. giebt an, ähnliche Halsentzündungen wie jetzt, bereits 1884 und im vergangenen Jahre durchgemacht zu haben. Seit dem 9. X. 89 hatte er über Neigung zum „Trockenschlucken" und Schlingbeschwerden zu klagen. Diese Beschwerden steigerten sich allmählich; am 13. X. 89 war Pat. nicht mehr im Stande, feste Nahrung zu sich zu nehmen; zugleich traten Fiebererscheinungen (Frost, Hitze, Abgeschlagenheit) auf. Erst am 19. X. 89 jedoch, als auch das Geniessen flüssiger Nahrung unmöglich geworden war, suchte Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas ärztlichen Rath. Man fand (Fig. 1) eine ziemlich gleichmässige Anschwellung beider Gaumenmandeln; die medialen Partien der Tonsillen überlagerten die lateralen Flächen der gleichfalls verdickten und verlängerten Uvula und engten den Raum des Isthmus faucium erheblich ein. Der Schleimhautüberzug der Tonsillen, der Uvula und der näheren Umgebung dieser Körpertheile war leicht livide geröthet und fielen in der Tonsillar-Schleimhaut ectatische Blutgefässe auf. Den intensivsten Grad entzündlicher Verfärbung zeigte die Gegend des rechten Arcus palato-glossus und wurde Sondenberührung daselbst als stechender Schmerz empfunden. Zungenoberfläche mit dickem Belag bedeckt. Regio submaxillaris beiderseits schmerzhaft auf tiefern Druck. Erheblichere Schwellung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen nicht nachweisbar. Temp. 39, 9. c. Puls 102.

Am nächsten Tage berichtete Pat., dass beim Nachhausegehen aus der Poliklinik etwas Eiter aus der rechten Seite des Halses sich spontan entleert habe: er fühlte sich darauf sofort erheblich erleichtert und vermochte den Tag über flüssige Nahrung zu sich zu nehmen. Es wurde constatirt, dass die entzündliche Schwellung und Röthung rechterseits stärker, links weniger ausgesprochen war, als am Tage vorher. Temp. 37,4, Puls 72. Etwa 3 mm über dem obern Theil des r. Arcus palato-glossus wird mit dem lanzenförmigen Messer eine Incision gemacht und fliesst aus der angelegten Oeffnung etwa ein Theelöffel gelben, rahmigen Eiters aus.

24. X. 89. Entzündliche Schwellung vollständig verschwunden. Isthmus faucium von fast normaler Weite. Die mässig vergrösserten Tonsillen prominiren noch etwas über die Gaumenbogen hinaus. Keine subjectiven Beschwerden mehr.

Tafel XIX.

Fig. 2. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).

R., 28 J. alt, Commis aus Königsberg.

Pat., bereits 1886 ein Mal von einem der Herausgeber dieses Atlas an Angina phlegmonosa behandelt, erkrankte in der Nacht vom 10. II. 90 zum 11. II. 90 an Halsschmerzen und suchte, als dieselben sich bis zum 12. II. 90 nicht gebessert hatten, ärztlichen Rath. Man fand an dem genannten Tage bei dem kräftig gebauten, sonst gesunden jungen Manne eine ziemlich gleichmässige Schwellung und Röthung beider Gaumen-Tonsillen. Unter geeigneter Behandlung (Sol. kal. chloric. 8 : 200 als Gurgelwasser, hydropathischer Umschlag um den Hals) verringerten sich die Beschwerden des Patienten der Art, dass er am 14. II. seine seit dem 12. II. unterbrochene Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Am nachfolgenden Tage bereits traten jedoch von Neuem heftige Halsschmerzen, nunmehr besonders linkerseits auf; die Nahrungsaufnahme war erschwert, auch hatten sich Fiebererscheinungen eingestellt.

18. II. 90 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Pat. hat die letzte Nacht wegen Neigung zum „Trockenschlucken“ und infolge der Empfindung, „als ob ihm der Hals zugeschnürt sei“, schlaflos in halbsitzender Stellung zugebracht; er vermag zur Zeit selbst flüssige Nahrung nur noch theelöffelweise und unter starken Schmerzen zu sich zu nehmen. Temp. (in der Achselhöhle gemessen) 39,2. Puls 102. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Gegend der linken Tonsille und deren nähere Umgebung stark geschwollen, der Schleimhautüberzug der, gegen Sondenberührung recht empfindlichen, etwa pflaumengrossen Intumescenz livid-roth verfärbt, von mattem sammetartigem Glanze. Ein in ganz ähnlicher Weise verändertes Aussehen bietet die Oberfläche der um mindestens ein Drittel ihres normalen Umfangs vergrösserten, nach links gekrümmten und mit ihrem untern Ende der geschwollenen linken Gaumenmandel aufliegenden Uvula dar. An den nicht geschwollenen Partien des Velum und über diese hinaus bis auf die Bedeckung des harten Gaumens hin fällt ein dichtes Netz erweiterter Blutgefässe auf; die von demselben freigebliebenen Stellen sind gelblich verfärbt; eine gleichmässigere blassröthliche Verfärbung zeigt das Integument der in mässigem Grade geschwollenen rechten Gaumenmandel. Zunge, abgesehen von der Spitze und den Rändern mit bräunlichgelbem Belag dick bedeckt.

Behandlung: Durch Einstich mit einem lanzettförmigen Messer in den lateral- und aufwärts der Uvula gelegenen, am stärksten hervorragenden Theil der linksseitigen Anschwellung wird eine reichliche Menge gelben, rahmigen, nicht foetiden Eiters entleert. Sofort tritt grosse subjective Erleichterung und Nachlass der Entzündungserscheinungen ein und ist bis zum 22. II. 90 die Wiederherstellung vollendet.

Ende Juni 1890 wurde Pat. an einer linksseitigen Angina phlegmonosa von geringerer Intensität wiederum behandelt.

Fig. 3. Rachendiphtherie.

A. R., 6 J. alt, Tochter einer Handwerkerwittwe aus Königsberg.

Das bis dahin gesunde und wohlgenährte Kind erkrankte am 24. I. 90 mit Fieber, starken Kopfschmerzen und Schlingbeschwerden; seit dem 26. I. 90 trat Husten von etwas heiserem Charakter auf, am nachfolgenden Tage machten sich schon die ersten Zeichen behinderter Athmung bemerkbar.

Am 28. I. 90 erfolgte die Aufnahme in die chirurgische Klinik und wurde an diesem Tage folgender Befund erhoben: Lippensaum leicht cyanotisch gefärbt. Bei der sehr

frequenten Athmung werden die Nasenflügel lebhaft mitbewegt. Stridor, Einziehung des Epigastriums nicht vorhanden. Während die linke Tonsille in der von den Gaumenbogen gebildeten Nische versteckt bleibt, springt die rechte reliefartig vor; ihre mediale Fläche ist mit festanhaftendem, unregelmässig vertheiltem weissgelblichem Belag bedeckt; die von demselben freigebliebenen Schleimhautstellen lebhaft geröthet; desgleichen sind die der erkrankten Gaumenmandel benachbarten Partien der Schleimhaut des Velum und der Gaumenbogen entzündlich geröthet und geschwollen; nach vorn (im Bilde oben) von der erkrankten Tonsille ist im Bereich eines einige mm breiten Streifens die Oberfläche der Gaumenschleimhaut gelblich verfärbt. Uvula durch entzündliche Schwellung unverhältnissmässig umfangreich, ihre Spitze und Seitentheile mit weissem, sich gegen die lebhaft rothe Umgebung scharf abhebendem Belag verbrämt.

Bei tiefem Herunterdrücken der Zunge kommt in der Mitte der Pars oralis pharyngis eine etwa 4 mm im Durchmesser haltende runde Stelle zu Gesicht, an der das Epithel gequollen und gelb verfärbt erscheint. Die am Hals gelegenen Lymphdrüsen durchweg in mässigem Grade geschwollen, die Submaxillardrüsen auf Druck etwas empfindlich. Am übrigen Körper, in specie an der Haut nichts Bemerkenswerthes. Geringes Fieber.

Behandlung: Zweistündliche Inhalationen von Salicylsäurelösung (1 : 600) mittelst des Zerstäubungsapparats. Gurgeln mit Liquor Alum. acet. (1 : 4 Aqua).

Unter dieser Therapie laufen bis zum 5. II. 90 die Krankheitserscheinungen allmählich ab; die diphtheritischen Beläge sind bereits am 2. II. vollkommen verschwunden.

Fig. 4. Rachendiphtherie.

L. L., 5 Jahre alt, Rabbinersohn aus Russland.

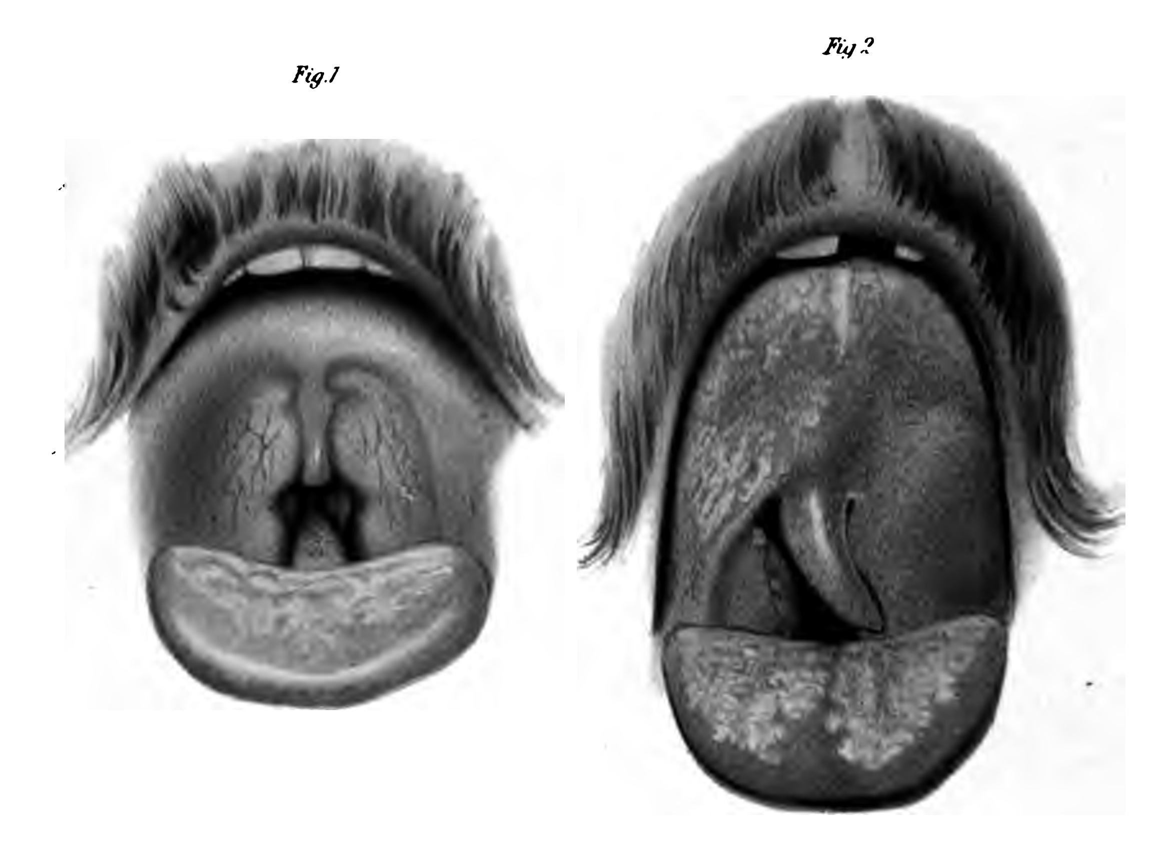
Bei dem bis dahin gesunden Kinde stellten sich am 9. VII. 90 Hitze und Frost, Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit ein; zugleich machte sich zeitweise ein heiserer Stimmklang bemerkbar. Gehustet wurde bisher nicht. Am 11. VII. 90 erfolgte die Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg.

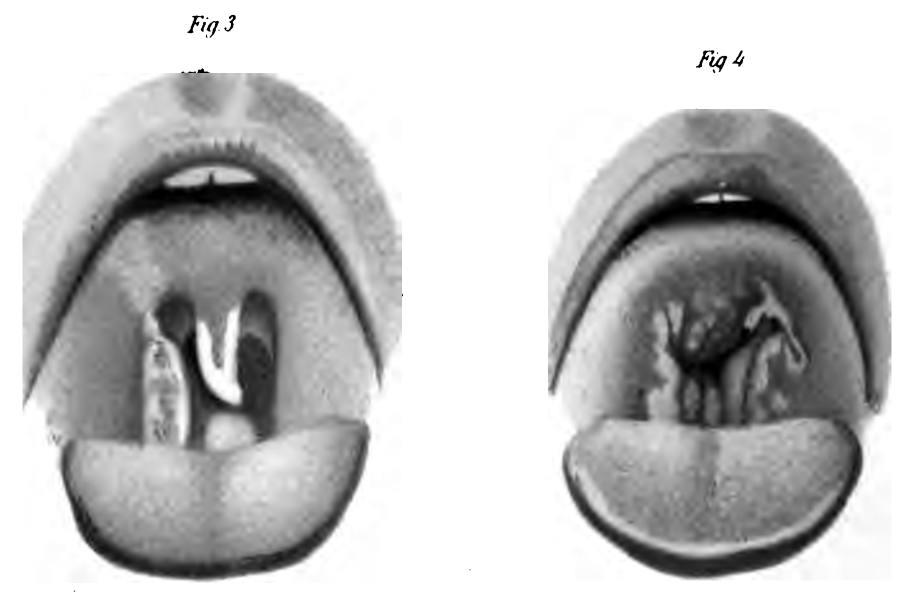
12. VII. 90. Pat. ist ein seinem Alter entsprechend entwickelter, normal gebauter Knabe. Temp. gestern Abend 38,2, heute Morgen 37,0. Uvula, hinterer Theil des weichen Gaumens und Tonsillen etwas geröthet und geschwollen, letztere mit glasigem Schleim bedeckt, aber frei von Belägen. An der hintern Rachenwand weissgraue, fest anhaftende Beläge, welche, in Längsstreifen angeordnet, noch einzelne Stellen der Schleimhaut freilassen; seitlich greifen die Beläge auf die Arcus palato-pharyngei über. Die cervicalen Lymphdrüsen etwas intumescirt (erbsengross). Unter den Kieferwinkeln fühlt man beiderseits je eine bohnen-Drüse. Brustorgane normal. Athmung wenig behindert. Sprachklang etwas rauh.

Behandlung: Inhalation von Kalkwasser mittelst des Zerstäubungsapparats, Jodoform-Insufflationen, Pinselungen mit Papajotin.

18. VII. 90. (Tag der Aufnahme unserer Abbildung.) Beläge haben an Ausdehnung und Dichtheit zugenommen, erstrecken sich jetzt auch auf die vordern Gaumenbogen und die Tonsillen; die Pharynxschleimhaut ist, soweit sie sich übersehen lässt, mit einem gleichmässigen matt-grau-weissen pelzähnlichen Ueberzug bedeckt. Stärkere Heiserkeit, erhöhte Respirationsfrequenz; zeitweise leichte Einziehungen in den Fossae supra und infraclaviculares. Das Kind sieht blass aus, macht einen apathischen Eindruck, schläft viel. Die Untersuchung der Lungen ergiebt das Vorhandensein vereinzelter Rasselgeräusche r. h. u.

20. VII. 90. Morgens fast vollkommene Aphonie, mitunter bellender Husten. Leicht-cyanotisches Aussehen, Verringerung der Diurese; während der Nacht zeitweise Orthopnoe.





K. Braune pinxit

W. A. Meyer, Lith. Inst. Berlin

Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde (Pharynx-Tuberculose, Angina tuberculosa).

Frau Sch., 23 J. alt, aus Russland*).

Tuberculöse Heredität. Seit 7 Wochen an Schlingbeschwerden erkrankt, die sich nach der vor 1 Monat erfolgten Entbindung erheblich steigerten, suchte Patientin Ende November 1888 in Königsberg Rath.

Die subjectiven Klagen der elend aussehenden, stark fiebernden Frau bezogen sich auf Speichelfluss, hauptsächlich aber auf Schmerzen im Munde und Halse und die durch diese Schmerzen bedingte Unfähigkeit, feste Nahrung zu geniessen.

Objectiv: Röthung des Zahnfleischsaumes, mit eitrigem Secret bedeckte Ulcerationen am grösseren Theil des Velum palatinum, der Uvula, den Tonsillen und Gaumenbogen. Dass die grösseren Geschwürsflächen sich aus kleinen, kaum stecknadelkopfgrossen, mit einander confluirenden, mehr weniger tiefen, theilweise mit käsigen Massen bedeckten Einzelulcerationen zusammensetzen, lässt sich bei genauerem Zusehen an einigen Stellen erkennen, an anderen, so besonders an der medianen Partie des vorderen Theils der Gaumenschleimhaut, ist es bereits zu umfangreicheren Gewebsdefecten gekommen, in deren Grund einige feine rothe Granula prominiren. Ränder der Ulcerationen unregelmässig ausgebuchtet, landkartenartig; in der näheren Umgebung derselben eine Anzahl nadelspitzen- bis nadelkopfgrosser gelblicher Infiltrate. Uvula auf etwa 2 cm Länge vergrössert, von rüsselartigem, höckrigem Aussehen; ihr Gewebe erscheint bei Sondenbetastung abnorm resistent.

Laryngoscopisch: Zahlreiche grau durchscheinende Knötchen neben kleinen eiterbedeckten Geschwüren an der Epiglottis und dem angrenzenden Theil der Zungenwurzel, den ary- und pharyngo-epiglottischen Falten, der Schleimhaut der Santorini'schen und der Arytänoidknorpel,

---

*) Die Krankengeschichte dieser Patientin ist in der Arbeit eines der Herausgeber des Atlas (**Michelson**): Ueber Tuberculose der Nasen- u. Mundschleimhaut, Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. XVII, Supplement, S. 220—222, Berlin 1890, in extenso mitgetheilt.

Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde (Pharynx-Tuberculose, Angina tuberculosa).

Fig. 2. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Tafel XX.

Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Bisher nicht publicirte Beobachtung von weiland Professor Baum (Göttingen) aus dem Jahre 1854, der die Abbildung mit folgender erläuternden Notiz versehen hatte: „Lupus veli palatini et uvulae. Geht über beide Arcus palatini, über hintere Pharynxwand und, nach der Heiserkeit zu schliessen, auch in die Stimmritzenbänder. Knabe, 6 Jahre alt, seit 3 Jahren leidend."

(Wir verdanken die Erlaubniss, die schöne Abbildung, welche unsrer Fig. 3 zu Grunde liegt, hier wiedergeben zu dürfen, Herrn Dr. Wilhelm Baum, Chef-Arzt des städtischen Krankenhauses zu Danzig.)

Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Stellt die Art der Narbenbildung in dem als Fig. 2 dieser Tafel abgebildeten Krankheitsfalle dar. Die Aufnahme der Zeichnung fand am 8. October 1889, etwa 2 Monate später wie die von Fig. 2, statt.

Bisher, d. h. bis zum 20. IV. 1891, an welchem Tage Pat. im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg vorgestellt wurde*), ist ein Recidiv nicht eingetreten.

*) Vgl. den Bericht über diese Sitzung, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1891.

Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4



Fig. 1, 2, 4. H. Braune pinxit
Fig. 3. Aus dem Nachlass von weiland Prof. Baum (Göttingen)

… Meyn Lith. Inst. [illegible]

Tafel XXI.

Fig. 1. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde; perforirendes Geschwür der Uvula.

F. B., 37 J. alt. Besitzer aus Ostpreussen.

Im ersten Lebensjahre überstand B. die Pocken. 1870 eine Vereiterung einzelner am Halse gelegener Drüsen; später einige Male leichte Halsentzündungen. Vor 20 Jahren machte Pat. eine Gonorrhoe durch, die von mässiger Schwellung der Leistendrüsen begleitet war. An anderweitigen venerischen Affectionen hat er seines Wissens nie gelitten. 1876 verheirathete sich Patient. Schon vorher hatte er mit seiner Ehefrau, bei der Symptome syphilitischer Erkrankung niemals beobachtet sind, eine gesunde, jetzt 16j. Tochter erzeugt und gingen aus der Ehe dann noch 3 Kinder hervor, von denen ein 13j. Knabe und ein 7j. Mädchen am Leben geblieben und gesund sind, während ein 1879 geborenes Kind im Alter von ½ Jahr starb — woran, ist nicht zu eruiren.

Um die Weihnachtszeit des Jahres 1889 stellte sich bei dem Pat. ein schmerzhaftes Gefühl von Trockenheit im Halse und Ohrensausen ein; im Verlaufe der nächsten Monate verringerte sich allmählich das Hörvermögen und nahm die Sprache einen veränderten Charakter an.

Am 28. VI. 1890 stellte sich Pat. einem der Herausgeber dieses Atlas vor, nachdem er schon vorher seiner Beschwerden wegen bei verschiedenen Aerzten Rath gesucht hatte und erfolglos mit Gurgelwässern, Einpinselungen und Einspritzungen behandelt war.

Tafel XXI.

28. VII. 1890. Robust gebauter, gut genährter Mann von gesunder Gesichtsfarbe. An der Haut, der Nase und den Wangen einzelne weisse, flache, hirsekorn- bis linsengrosse (Pocken-) Narben. An der linken Seite des Halses unterhalb der Kehlkopfgegend, ferner dicht über dem Jugulum und am lateralen Rande des M. cleido-mastoid. sinister einige 1—1½ cm lange, ca. 5—8 mm breite flache Narben. Residuen der früheren Drüsenvereiterung. Kein Exanthem, überhaupt sonst an der Haut nichts Bemerkenswerthes. Einzelne Glandulae cervicales superficiales beiderseits stark erbsengross, auf Druck nicht empfindlich; Cubitaldrüsen von gleicher Beschaffenheit. Die übrigen, der Betastung zugängigen Lymphdrüsen nicht vergrössert. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle (s. Fig. 1) zeigt sich die Uvula livid-roth verfärbt, verlängert und verdickt, etwa bis zur Grösse des Nagelgliedes eines Fingers. Nahe der Wurzel des Zäpfchens befindet sich an der rechten Seite desselben ein rundliches, scharfrandiges, 3—4 mm im Durchmesser haltendes Geschwür. Der Grund dieses Geschwürs ist mit eitrigem Belag bedeckt. Rechts unten eine Perforationsöffnung in Form eines in etwas schräger Richtung von vorne oben innen nach hinten unten aussen verlaufenden Ganges. Schleimhaut der hinteren Hälfte des Velums, der Tonsillen und Gaumenbogen entzündlich geröthet; Arcus pharyngopalatini gewulstet und ulcerirt. Die pharyngoskopische Untersuchung lehrt, dass die gesammte Rückfläche der Uvula, der hinteren Gaumenbogen und des an seiner oralen Fläche eine einfache Röthung darbietende Velums geschwürig verändert ist. Schleimhaut des Naso-Pharynx und Tubenwülste geröthet und geschwollen. Sprachklang gaumig-nasal. Hörweite beiderseits herabgesetzt. Otoskopisch: Einziehung der Trommelfelle. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Ord. Sol. Kal. jodat 6,0 (200,0), 3mal täglich 1 Esslöffel, örtlich Jodoform-Insufflation.

3. VIII. 1890. Beschwerden des Pat. geringer als früher; auch die objectiven Krankheitserscheinungen in augenscheinlicher Besserung, doch ist in der das perforirende Geschwür der Uvula rechts begrenzenden Gewebszone ein Einriss entstanden und hängt nunmehr der untere Theil des Zäpfchens noch weiter hinab als vordem. Derselbe wird heute mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Im Uebrigen Fortsetzung der bisherigen Behandlung und ausserdem Beginn einer Inunctionscur.

25. VIII. 1890. Vollkommene Heilung nach Anwendung von 30 gr Jodkalium und 15 mercuriellen Frictionen mit 3, später 4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner. pro die; gleichzeitig Bestäubung der Geschwürsflächen mit Jodoform. Es sollen noch einige Inunctionen gemacht und Jodkalium weitergebraucht werden.

6. III. 1891. Pat. befindet sich fortdauernd wohl.

Fig. 2. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde. (Pharyngoskopisches Spiegelbild).

A. S., 25 J. alt, unverehelichte Schneiderin aus Königsberg.

Patientin giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein, besonders an Hautausschlägen, Drüsenanschwellungen, Halsaffectionen nie gelitten zu haben. Im August 1887 wurde sie von einem ausgetragenen Knaben entbunden, der gesund geboren, nach einigen Wochen an Schnupfen und bald darauf an einem Hautausschlag erkrankte. Der behandelnde (den Herausgebern des Atlas als sachkundig bekannte) Arzt stellte fest, dass diese Erkrankung auf congenitaler Syphilis beruhte. Im Alter von 3 Monaten starb das Kind.

Seit Anfang Mai 1890 hatte Frl. S. über Schlingbeschwerden beim Geniessen fester Nahrung zu klagen; diese Beschwerden steigerten sich allmählich; Anfang Juni 1890 war auch

die Aufnahme flüssiger Nahrung erschwert. Zugleich wurde Pat. durch stechende Schmerzen im Ohr beim Schlingacte und Schluckreiz belästigt. Als diese Beschwerden auch während der nächsten Wochen persistirten, entschloss sich Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas ärztlichen Rath zu suchen.

4. VII. 1890. Schwächlich gebautes, etwas blass aussehendes Mädchen. Appetit und Schlaf gut, keine Fiebererscheinungen.

Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Uvula verlängert und verdickt, am rechtsseitigen oberen Theile derselben ein bogenförmiger ulceröser Defect; auch der an die Uvula angrenzende Theil des Arcus palato-pharyngeus dexter und der rechtsseitigen Interarcualschleimhaut ist zerstört und geht der scharfe und bogenförmig ausgeschweifte Rand dieses letzteren Defects direct in den der Uvula über. Die Schleimhaut des Zäpfchens ist durchweg, am intensivsten aber rechts oben geröthet; auch das Integument des Arc. palatoglossus dexter und die hintere Partie der oralen Fläche des Velum, besonders der rechten Seite desselben bieten eine lebhaft rothe Färbung dar. Die Oberfläche der rechten Tonsille, sowie die dem Arcus palato-pharyng. dexter benachbarte Partie der Pharynxschleimhaut sind ulcerirt, die Geschwürsflächen von einer Zone gerötheter und mässig geschwollener Schleimhaut umgeben. Durch pharyngoskopische Untersuchung (s. Fig. 2) wird festgestellt, dass rechterseits auch die pharyngeale Fläche der Uvula geschwürig verändert und dass die gesammte der Besichtigung zugängige pharyngeale Fläche des Velum in eine, sich auch auf den rechten Tubenwulst fortsetzende granulirende, eiterbedeckte, unregelmässig umrandete Ulceration umgewandelt ist. Die an die betreffende Geschwürsfläche angrenzenden Schleimhautpartien erscheinen mehr oder weniger geröthet und infiltrirt. Gehör beiderseits normal; otoskopisch keine Veränderungen. Auch die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes. Behandlung: Innerlich Sol. kal. jod. 6 : 200, 3mal täglich 1 Esslöffel, örtlich: Jodoform-Insufflation.

15. VII. 1890. Keine subjectiven Beschwerden mehr. Der Grund der Ulcerationen ist mit gut aussehenden Granulationen bedeckt; Röthung und Schwellung der Umgebung geringer als früher.

31. VII. 1890. 30 gr Jodkalium verbraucht. Geschwüre fast vollkommen geheilt mit Hinterlassung eines kleinen Defectes an der medialen Partie der rechtsseitigen Interarcualschleimhaut und der rechten Seitenfläche der Uvula. Schleimhautüberzug des Zäpfchens noch etwas geröthet, aber viel weniger geschwollen als früher. Ord. id.

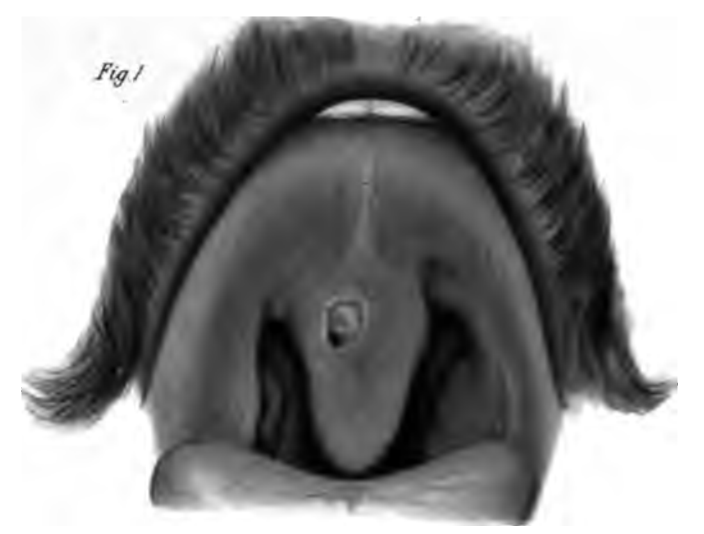
10. VIII. 1890. Geheilt entlassen. 10. III. 91. Pat. befindet sich fortdauernd wohl.

Fig. 3. Sarcom der Tonsillargegend, ein Gumma vortäuschend.

N. N., 53 J. alt, Zimmermeister aus Ostpreussen. Der Vater soll. 78 J. alt, an Blasenkrebs gestorben sein, die Mutter an Cholera. Pat. selbst ist bisher nie erheblich krank gewesen, seit 26 Jahren verheirathet. Seine Kinderlosigkeit soll in einem Fehler seiner Frau (infantiler Uterus?) ihren Grund haben. - Seit 25 Jahren übt Pat. häufig den ausserehelichen Beischlaf aus; vor 5 Jahren acquirirte er einen Tripper; eine anderweitige Infection wird vollkommen in Abrede gestellt. Hin und wieder litt er an verschiedenen Stellen des Körpers an „Flechten und Geschwüren", welche von selbst heilten.

Mitte December 1889 erkrankte Pat. nach einer Erkältung an Schluckbeschwerden; der consultirte Arzt constatirte einen Belag auf der geschwollenen linken Mandel; die Krankheits-

Tafel XV







Braune pinx.

Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialcarcinom im Bereich des linken Arcus palato-glossus.

A. W., 55 J. alt, Kaufmann aus Ostpreussen, heriditär nicht belastet, bis auf sein jetziges Leiden stets gesund. Januar 1887 stellten sich leichte Schlingbeschwerden und Speichelfluss ein. Der zu Rathe gezogene Arzt verordnete Gurgelwässer, später nahm er Pinselungen mit Höllensteinlösungen und anderen Mitteln vor, ohne eine Besserung zu erzielen. Der Zustand verschlimmerte sich stetig, so dass Pat. vom Arzte an die chirurg. Klinik zu Königsberg gewiesen wurde. Aufnahme daselbst 23. VI. 87. Mittelgrosser, schlecht genährter Mann. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Abnormes. Der linke Arcus palato-glossus von einem flachen, 15 20 mm im Durchmesser haltenden, auf den Zungengrund übergreifenden Geschwür eingenommen. Der Grund sowie die wallartig aufgeworfenen Ränder des Geschwürs von derber Consistenz. Unter dem linken Kieferwinkel einige bis bohnengrosse, harte, bewegliche Drüsen fühlbar. 27. VI. 87 präventive Tracheotomie. 6. VII. Pharyngotomie behufs Exstirpation der Geschwulst. Narkose mittelst Trendelenburg'scher Canüle. Schnitt vom Warzenfortsatz längs des Kopfnickers bis in die Höhe des Zungenbeins, von da im flachen Bogen bis zum Zungenbeinhorn ziehend. Exstirpation der Drüsen, Eröffnung des Pharynx. Exstirpation der circa markstückgrossen flachen Geschwulstmasse sammt den angrenzenden Theilen des Zungengrundes, der (übrigens unveränderten) Tonsille und der seitlichen Rachenwand. Tamponade mit Jodoformgaze. Einlegen eines fingerdicken Kautschukrohrs in den Oesophagus behufs künstlicher Ernährung. — Am Abend des ersten Operationstages tritt eine heftige Nachblutung aus dem Munde ein, welche mit dem Mikulicz'schen Tonsillencompressorium gestillt wird. Im Uebrigen glatter Wundverlauf. 19. VI. Entfernung der Trachealkanüle und des Schlundrohrs. Pat. schluckt zum Theil selbst, zum Theil wird er mittelst Schlundrohr ernährt. 29. VI. geheilt entlassen. Pat. nimmt ohne Schwierigkeit

Nahrung jeder Art zu sich; von der durch Secundärnaht vereinigten äusseren Wunde ist noch eine kleine Lücke vorhanden, welche sich in weiteren 10 Tagen spontan schliesst.

Mikroskopischer Befund der excidirten Geschwulst: Epithelialcarcinom.

Pat. erholte sich bald vollständig, ging seinen Geschäften nach und blieb fast ein Jahr recidivfrei. Das Kauen und Schlingen ging anstandslos vor sich, die den Gaumenbogen ersetzende Narbe war weich. nachgiebig und schmerzlos. Im Sommer 1888 stellten sich allmählich wieder Schlingbeschwerden und Speichelfluss ein; schon in den ersten Tagen des August wurde in der Klinik ein Recidiv constatirt, welches wieder die Stelle des linken Gaumen-Zungenbogens einnahm. Erst Ende September entschloss sich Pat. zur abermaligen Aufnahme. Status am 2. X. 88. an welchem die Abbildung Fig. 1 angefertigt wurde: Bei dem schlecht genährten, leidend aussehenden Manne zeigen die inneren Organe keine nachweisbaren Veränderungen. Die Gegend des linken Arcus palato-glossus ist von einem umfänglichen Geschwür eingenommen, welches auf den Zungengrund und weichen Gaumen übergreift, dessen unregelmässig geformte Ränder wallartig erhöht und fast knorpelhart sind. Bei weiterer digitaler Untersuchung stellt sich die ganze veränderte Partie als eine derbe unverschiebliche Geschwulstmasse dar, welche die seitliche Rachenwand bis in die Höhe der Choane, das äussere Drittel des weichen Gaumens, sowie des Zungengrundes bis nahe an den Kehldeckel einnimmt. Hinter dem Kieferwinkel, etwa der Mitte der Operationsnarbe entsprechend, ein kastaniengrosser, tiefliegender derber Knoten, welcher mit der Haut nicht verwachsen, wohl aber mit dem Pharynxtumor in Verbindung zu stehen scheint.

6. X. 88. Abermalige Pharyngotomie mit temporärer Durchsägung des Unterkiefers (nach Mikulicz) und präventiver Tracheotomie. Im Bereich des Pharynx lässt sich der Tumor vollständig entfernen; der von aussen fühlbare Knoten steht mit der Scheide der grossen Gefässe in Verbindung und lässt sich nur schwer herauspräpariren. Im Uebrigen Behandlung und Heilungsverlauf wie nach der ersten Operation. 30. X. kann Pat. bereits flüssige und breiige Nahrung selbst schlucken. — Eine knöcherne Vereinigung der Unterkieferfragmente tritt nicht ein; auch gelingt es nicht, eine Fistel am Kieferwinkel zu schliessen welche mit dem Pharynx communicirt und immer etwas flüssige Nahrung nach aussen treten lässt, wodurch die Ernährung des Pat. nicht unwesentlich erschwert ist. 17. I. 89 wird Pat. in diesem Zustand aus der Klinik entlassen. — 23. III. 89 stirbt Pat. in der Heimath „unter den Erscheinungen der Inanition“. (Bericht des Herrn Dr. Korn.)

Mikroskopischer Befund der zuletzt excidirten Geschwulst: Plattenepithelialcarcinom mit zahlreichen verhornten Epithelmassen. —

Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

N. N. 34jähriger Mann.

(Die genaue Krankengeschichte dieses im Wintersemester 1888/9 in der chirurgischen Poliklinik zu Königsberg beobachteten Falles ist leider verloren gegangen; auch gelang es nicht, über das weitere Schicksal des Pat. etwas in Erfahrung zu bringen. Zum Glück ist ein genauer histologischer Befund [Dr. Ortmann] vorhanden.)

Die Gegend der linken Mandel ist von einem umfänglichen, auf den weichen Gaumen, die hintere Rachenwand und den Zungengrund übergreifendem Geschwür eingenommen; die Schleimhaut ist in ihrer ganzen Dicke zerstört, beide Gaumenbogen dieser Seite fast aufgezehrt. Der Geschwürsgrund wird von schmutzig-gelblichem, leicht blutendem Gewebe gebildet. Die Ränder unregelmässig geformt. stellenweise steil abfallend, stellenweise unterminirt. Die

leicht gerötheten Geschwürsränder fühlen sich wenig härter an, als die normale Nachbarschaft. Eine sichtbare entzündliche Reaction fehlt in der weiteren Umgebung des Geschwüres vollständig; doch lässt von den beiden in der Nähe dieser grossen Ulceration befindlichen Lenticulär-Geschwüren der Gaumen- und der Rachenschleimhaut das erstere einen schmalen gerötheten Hof erkennen.

Histologischer Befund: Ein vom Geschwürsrande excidirtes Stückchen zeigt bei mikroskopischer Untersuchung an senkrechten Schnitten die Schleimhaut bis zur Muskulatur ununterbrochen. Der Geschwürsrand steil abfallend, sieht fast wie der Rand eines Einrisses in die Schleimhaut aus; seine Oberfläche aus Granulationsgewebe gebildet. In der Umgebung des Geschwürsrandes ist die ganze Dicke der Schleimhaut bis zur Muskulatur durchsetzt von zahlreichen kleinsten, scharf begrenzten Knötchen, welche sämmtlich den Bau von Epitheloid-Riesenzelltuberkeln zeigen; bei einigen centrale Verkäsung. Das geschichtete Plattenepithel der Schleimhaut zieht bis an den Geschwürsrand; die subepitheliale Schicht der Schleimhaut ist in der Umgebung des Geschwürsrandes entzündlich infiltrirt. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen war negativ.

Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialcarcinom im Bereich des linken Arcus palatus-glossus.

Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

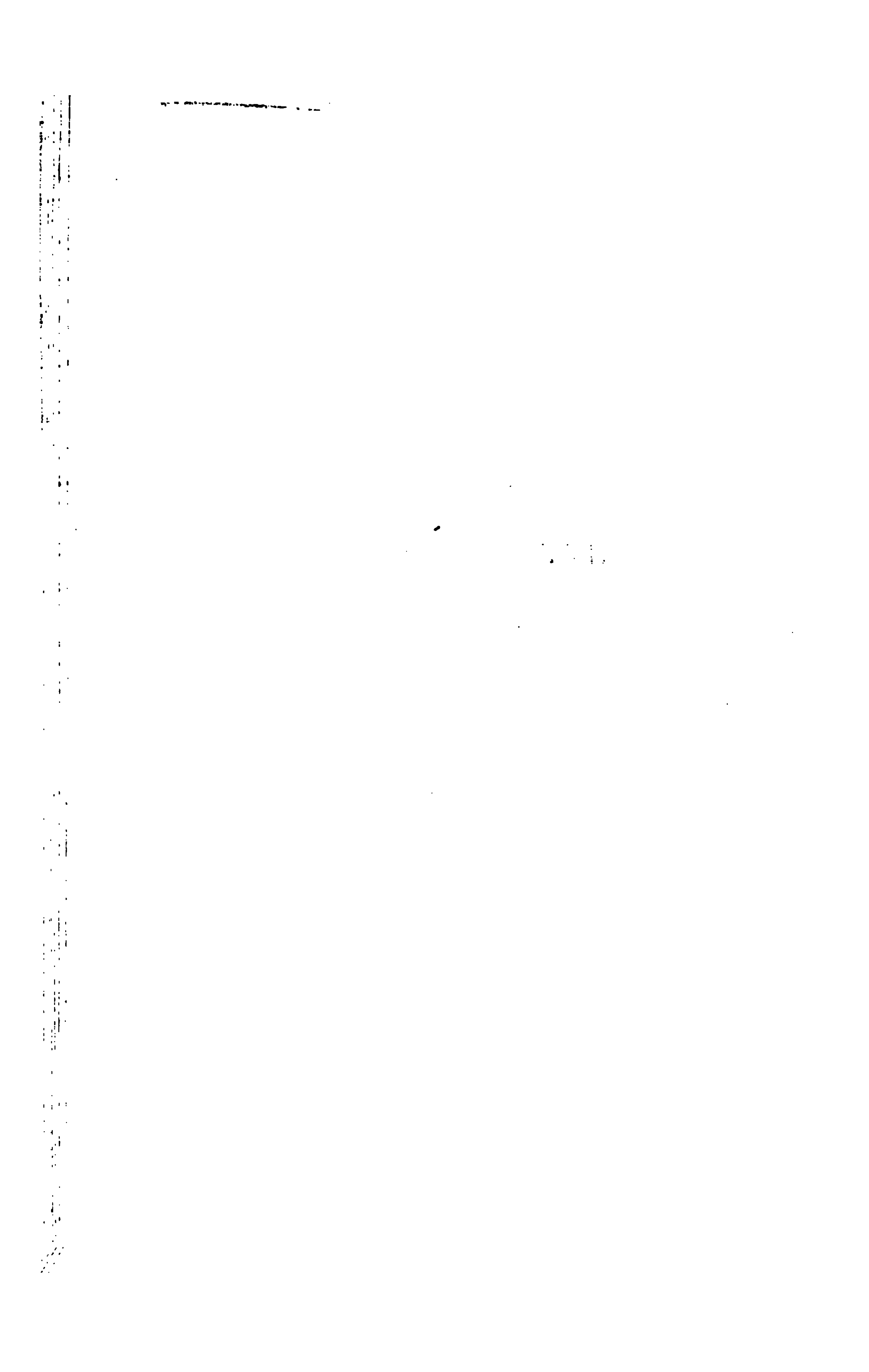



Fig 1


Fig 2

Tafel XXIII.

Fig. 1. Spätsyphilitisches (gummöses, tertiär-syphilitisches) Geschwür des Naso-Pharynx.

F. R., 26 J. alt, Schuhmacher aus Königsberg.

Herbst 1888 ein erbsengrosses Geschwür an der Haut des Penis. Keine ärztliche Behandlung. Ueber etwaige, der Ulceration gefolgte Allgemein-Erscheinungen nichts zu eruiren. Seit Mai 1889 „Schnupfen". In den letzten Wochen erfolglose Behandlung mit Einpinselungen des Nasen-Innern durch einen zu Rath gezogenen Arzt.

22. XI. 1889: Kräftig gebauter, aber blass aussehender Mann. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Nasenverstopfung, „Verschlucken und Hineingelangen von Speisetheilen in die Nase bei Nahrungsaufnahme. Sprache gaumig-nasal. Im vordersten medianen Theile des weichen Gaumens eine etwa 6 mm lange, durchschnittlich 2 mm breite sich dorsalwärts etwas verschmälernde längs-ovale Perforation mit scharfen, ulcerirten Rändern. Die Mucosa veli zeigt eine intensive sammetartige Röthung, von der nur die seitlichen Partien freigeblieben sind. Nach der Peripherie hin blasst diese Röthe etwas ab; in der hintern Zone derselben fällt ein Netz von erweiterten Gefässen auf. Aus der Perforations-Stelle sieht man bei rückwärtsgeneigtem Kopf zuweilen zähes purulentes Secret ausfliessen und dann an deren hinterer Umgebung haften bleiben. Auch die übrigen Rachengebilde, ganz besonders die Uvula entzündlich geschwollen und verfärbt. (Vgl. Tafel XV, Fig. 4) Rhinoskopisch: Bedeckungen der unteren Muscheln stark infiltrirt, verwehren den Einblick in die hinteren Theile der Nasenhöhle. Pharyngoskopische Untersuchung wegen zu grosser Reflexreizbarkeit auch nach Cocain-Einpinselung unausführbar. Beim Vorziehen und Anheben des Velum mit dem Voltolini'schen Gaumenhaken kommt an der hinteren Wand des Naso-Pharynx eine tiefe, rundliche, fast 2 cm im grössten Durchmesser haltende Ulceration zu Gesicht. Die den Grund derselben anfüllenden Granulationen sind grösstentheils mit grünlich-gelbem Secret bedeckt. Ränder des Geschwüres erhaben, unregelmässig gewulstet. (s. Fig. 1 dieser Tafel) Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Energische, bis Mitte März 1890 fortgesetzte antisyphilitische Kur, bestehend in c. 55 Inunctionen von 3—4 gr. Unguent. Hydrargyr. ciner. und innerlichem Gebrauch von c. 100 gr Jodkalium. Oertlich: Jodoform-Insufflation, später einige Male Aetzen der Ränder der Durchbruchsstelle am Gaumen mit Arg. nitric.

Erfolg der Behandlung: Beseitigung sämmtlicher Krankheitserscheinungen. An der Stelle der früheren Gaumen-Perforation eine stark nadelkopfgrose, etwas trichterförmig vertiefte Narbe. Die seitens des Geschwürs der hintern Schlundkopfwand hinterlassene Narbe glatt und flach.

Fig. 2. Pharyngitis granulosa.

M. R., 15 J. alt, Gutsverwalterssohn aus Ostpreussen.

1883 Diphtheritis, 1885 Masern. In den letzten Jahren öfters Hals-Entzündungen, die mit Schlingbeschwerden und Heiserkeit einherzugehen pflegten. Auch in der Zwischenzeit sei die Stimme öfters „belegt" gewesen. Ausserdem wird über Nasenverstopfung geklagt.

Objectiv am 5. X. 89: Kräftig gebauter, sonst gesunder junger Mann: An der pars oralis pharyngis, u. zw. sowol an den hinteren, als an den seitlichen, hinter den Gaumenbogen gelegenen Partien sowie an der Uebergangsstelle zwischen pars oralis und nasalis röthliche Erhabenheiten, die den blasseren, nur da und dort von erweiterten Blutgefässen durchzogenen Untergrund um etwa $1^1/_2$—$2^1/_2$ mm überragen. Dieselben haben zum Theil die Form von isolirten oder perlenschnurartig aneinandergereihten, ihrer Grösse nach dem Umfang eines Nadelkopfs bis Hanfkorn's entsprechenden Kugelsegmenten; zum Theil bilden sie unregelmässigere hügelige Prominenzen. Consistenz, wie durch Sondenbetastung festgestellt werden kann, durchweg elastisch — weich. Berührung nicht empfindlicher, als die der umgebenden Schleimhaut. Rhinoskopisch: Das cavernöse Gewebe des Integumentes der unteren Muscheln (meist alternirend bald der einen, bald der anderen concha inferior) stark geschwollen; collabirt auf Cocain-Einspinselung. Pharyngoskopisch: Am Rachendach ein, den oberen Theil des Choanenbildes verdeckendes Polster adenoiden Gewebes. Glosso-Laryngoskopisch: Nichts bemerkenswerthes.

Behandlung: Galvanocaustische Zerstörung der intumescirten Pharynx-Follikel.

Beseitigung der hypertrophischen Retronasal-Tonsille mit dem Gottstein'schen Messer.

Erfolg der Behandlung: Verschwinden der Beschwerden.

Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.[1]

F. B. 14 J. alt, Fleischerssohn aus Königsberg.

Die Mutter des Pat. starb im Alter von 29 J. an „Schwindsucht"; der Vater giebt an, stets gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen zu sein; auch zwei im Alter von 16, resp. 12 Jahren stehende Geschwister des Kranken sollen gesund sein. Dieser selbst litt im 2. Lebensjahre an „Knochenfrass" des linken Schienbein's; als er etwa 3 Jahre alt war, wurde ihm eine haselnussgrosse Geschwulst aus dem rechten obern Augenlid entfernt, wiederholt machte er Augenentzündungen durch. Seit 2—3 Wochen wird über mässige Schmerzen beim Schlingen geklagt.

---

[1]) Vergl. hierzu auch Tafel XVIII. Fig. 3.

Tafel XXIII.

1. III. 1890: Blass aussehender, körperlich nicht seinem Alter entsprechend entwickelter, aber geistig reger Knabe. Dem Margo supraorbitalis dexter etwa parallel läuft eine 2 cm lange lineare, wenig vertiefte Narbe. Alte, unregelmässig gestaltete, hinter dem Niveau der umgebenden Haut etwas zurückbleibende Narben finden sich auch über dem medialen Condylus des linken Oberschenkels, sowie über dem obern Theil des medialen Randes der linken Tibia. Eine veränderte Beschaffenheit des von ihnen gedeckten Knochens nicht nachweisbar. An der übrigen Haut nichts Abnormes. — Mundschleimhaut grösstentheils blass; nur die Gegend der Gaumenbogen und die mediale Partie der rechtsseitigen Interarcual-Schleimhaut zeigt mässige Röthung. Die freien Ränder der beiderseitigen Gaumenbogen einigermassen verdickt und unregelmässig ausgeschweift, uvula stark verkürzt. Die gesammte Oberfläche der rechten Tonsille ist ulcerirt, mit blassröthlichen grobkörnigen Granulationen bedeckt. Der Schleimhautüberzug der in mässigem Grade vergrösserten linken Gaumenmandel ist scheinbar unverändert; nach Abduction ihres vorderen Randes mit einer entsprechend gebogenen Sonde aber wird im Binnenraum auch dieser Tonsille eine, den Bereich des daselbst vorhandenen Recessus und dessen nähere Umgebung occupirende Ulceration wahrnehmbar. An der Pars oralis pharyngis rechterseits eine eiterbedeckte am Rande stark granulirende Geschwürsfläche von etwa 1 cm. Länge, 4—5 mm Breite. Am medianen Theil der Schleimhaut des Mund-Pharynx mehrere discrete nadelspitz- bis nadelkopfgrosse flache blassgelbe Knötchen. Nach Abziehen des Velum mit dem Gaumenhaken sowie durch pharyngoscopische Untersuchung überzeugt man sich, dass der Geschwürsprocess sich auf die hintere Wand des Nasen-Rachenraums in recht weitem Umfange fortsetzt. Durch tiefes Hinunterdrücken der Zunge mit Finger oder Spatel ist der obere Theil des Kehldeckels zu Gesicht zu bringen und lässt sich an dem die Grenze zwischen dem oberen und rechtslateralen Rande bildenden Winkel ein wie ausgenagt aussehender schmaler ulceröser Defect erkennen. (Vgl Tafel XVIII, Fig. 3). Mittelst der laryngoskopischen Untersuchung wird eruirt, dass die geschwürigen Veränderungen der rechtsseitigen Rachengebilde nach abwärts auf den Arcus glosso-epiglottic. d. und den Kehlkopfeingang übergreifen. Partielle Zerstörung ist ebenso wie an der Epiglottis auch am lgt. ary-epiglottic. d. eingetreten. R. Taschenband von fungösen Granulationen bedeckt; ein etwa hanfkorngrosses Häufchen von solchen prominirt aus dem vordersten Theil der linken Morgagni'schen Tasche. Stimme z. Z. nicht heiser, soll nur zeitweise etwas belegt sein. Submental-, Submaxillar- und Cervical-Drüsen in mässigem Grade geschwollen, von elastisch weicher Consistenz. An der Cornea des rechten Auges frische Phlyctaenen und einige punktförmige graue Flecke. Lichtscheu und Thränenträufeln. Lungen nicht nachweislich erkrankt, überhaupt am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Syr. Ferr. jodat., Syr. Sacch. ana 10,0 3mal täglich 1 Theelöffel. Touchiren der erkrankten Schleimhaut-Partien mit 50pct. acid. lact., roborirende Diät. Nach Verbrauch von 2 Flaschen obiger Arznei wird Kreosot verordnet.

1. VI. 1890. Pat. hat 3 kg an Gewicht zugenommen. Schwellung der Halslymphdrüsen geringer als früher, doch sind einige haselnussgrosse mässig indurirte Drüsen noch deutlich nachweisbar. Die älteren Ulcerationen der Tonsillar-Schleimhaut und Pars oralis pharyngis grösstentheils geheilt; die linke Tonsille umfangreicher als früher, an ihrer Kuppe ein erbsengrosses flaches Geschwür. Am medianen oberen Theil der Pars oralis pharyngis ein sich auf den Nasen-Pharynx direct fortsetzendes und hier ein ca. zweimarkstück grosses Terrain occupirendes, mit gelbem Secret bedecktes, von einem etwas erhabenem Rande umgebenes Geschwür. Der im Mund-Pharynx sichtbare annähernd einem Kreissegment entsprechende Theil desselben misst ca. 1 cm im grössten Durchmesser; sein Rand bildet einen [illegible] Bogen; aus dem Geschwürsgrunde prominiren einige Granulationen. [illegible] Geschwürs keine entzündliche Röthung [illegible]

Tafel XXIII.

Der Besichtigung zugängig sind nur die infiltrirten und an ihrer Kuppe ulcerirten Bedeckungen der Stellknorpel.

Sprache heiser. In der rechten Unterkinngegend eine knapp maudelgrosse Lymphdrüse. Schwellung der übrigen Drüsen nicht nachweisbar. Die Untersuchung der Lungen ergiebt den Befund des Emphysems. Auscultatorisch: In den oberen Partien stellenweise verschärftes Exspirium, hinten unten abgeschwächtes unbestimmtes Athmungsgeräusch. Trockene Rhonchi. Sputum vorwiegend schleimig: enthält keine Tuberkelbacillen. Am übrigen Körper nichts Bemerkswerthes.

26. II. 1890. Unter innerlicher Behandlung mit Kreosot (3—6 Pillen à 0.05 pr. pil.) und örtlicher Application von 33—50procentiger Milchsäure, später (seit Anfang Juni) von 15 pCt. Mentholoel mit Zusatz von 4 pCt. Jodoform pulv. ist die Infiltration der Schleimhaut der Arytaenoidknorpel geringer geworden und sind die Ulcerationen an der Kuppe derselben geheilt; auch das Geschwür an der Unterfläche der Zunge ist bereits grösstentheils überhäutet. Pat. giebt an, sich kräftiger zu fühlen als früher.

22. VII. 1890. Ulcerationen an der Zungenspitze sind geheilt. Infiltration der Aryknorpel hat noch erheblich abgenommen. Sprache nicht mehr so heiser wie früher. Die Oberfläche der fungösen Massen am hinteren Theil der Zungenwurzel beginnt geschwürig zu zerfallen; diese Wucherung wird mit der Schlinge abgetragen.

2. IX. 1890. Die frische Narbe an der Unterfläche der Zungenspitze hat sich wieder in eine Geschwürsfläche umgewandelt. Etwas weiter vorwärts ist ein etwa erbsengrosses flaches, von feingezackten Rändern eingerahmtes neues Geschwür entstanden.

12. X. 1890. Patient klagt über Schlingbeschwerden, als deren Ursache ein flaches, am untersten Theil der rechten seitlichen Pharynxwand befindliches grösseres, auf den Arcus pharyngo-epiglotticus übergreifendes Geschwür durch die Spiegeluntersuchung ermittelt wird: auch die Heiserkeit hat neuerdings wieder zugenommen.

20. IV. 1891. Seit Mitte Oktober verschlimmern sich die Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfs wesentlich: Neben hochgradiger Heiserkeit Klage über Luftmangel, cyanotisches Aussehen. Das in der ersten Hälfte des Monats constatirte Geschwür am untersten Theil der rechten seitlichen Pharynxwand nahm an Umfang zu und verursachte stärkere Schlingbeschwerden. Ueber die Beschaffenheit des Kehlkopfinnern war durch die laryngoskopische Untersuchung fortdauernd nur eine ungenügende Auskunft zu erlangen, denn die enorm verdickte und deformirte, an ihrer rechten Seite einen ziemlich tiefen, hanfkorngrossen Defect zeigende Epiglottis überlagerte dachförmig den Kehlkopfeingang und war so stark infiltrirt, dass man sie auch nach vorgängiger Cocainisirung mit der Sonde nicht anzuheben vermochte. Ausserdem wurde die Untersuchung durch beständigen Hustenreiz, sowie durch grosse Massen zähen Schleims erschwert, die sich dauernd im unteren Theil der Mundrachenhöhle ansammelten. Es liess sich jedoch constatiren, dass die Arytänoidknorpel sehr erheblich verdickt, von unregelmässig höckrigem Aussehen waren.

25. XI. 1890. Als Pat. behufs Einleitung einer Tuberkulin-Kur zu Königsberg in die medicinische Klinik (Prof. Lichtheim) aufgenommen wurde, sah man ausserdem links vom Frenulum linguae ein auf die Schleimhaut des Mundbodens mit einem schmalen Saum sich fortsetzendes, etwa 1 cm langes, 1—1½ mm tiefes Ulcus. Der Grund dieses Geschwürs war glatt, von gelbröthlicher Färbung, an einzelnen Stellen mit gelbem Secret bedeckt, die Ränder flach, unregelmässig ausgebuchtet und am hintersten Theil der Ulceration unbedeutend geröthet. Die unterhalb dieses Geschwürs gelegene Partie des Mundbodens war im Vergleich zur rechten Seite etwas geschwollen, ihre Oberfläche zeigte vorne ein hirsekorngrosses Knötchen; an der linksseitigen hinteren Partie der Mundbodenschleimhaut, etwas unterhalb der Praemolares, sah man inmitten einer gerötheten und geschwollenen Fläche eine Anzahl zum Theil mit einander con-

fluirter punktförmiger gelber Flecke. An dem hinteren Theil der Zungenoberfläche Fungositäten. Mässiger Foetor ex ore. Fiebererscheinungen waren nicht vorhanden.

Auf die am 27. XI. 1890 gemachte erste Injection von 0,005 Tuberkulin folgte eine starke allgemeine und örtliche Reaction. Nach weiteren 3 Injectionen in bis auf 2 cg gesteigerter Dosis scheinen sich alle Krankheitserscheinungen zu bessern. Die Behandlung wird dann vom 2. bis 21. XII. ausgesetzt, von diesem Tage bis zum 15. I. 1891 7 weitere Injectionen unter Erhöhung der Dosis bis auf 0,06 g. Auf die 4 letzten Einspritzungen folgt keine Fieberreaction, während vorher Temperaturen bis über 40 vorkamen. Am 17. I. 1891 wird Pat. gebessert, aber keineswegs geheilt aus der Klinik entlassen und bis zum 15. III. 1891 ambulant mit 12 Einspritzungen weiterbehandelt. Allmälige Erhöhung der Einzelgabe bis auf 0,2 g. An dieser Dosis, auf welche Patient nur das erste mal mit leichtem Fieber reagirte, wird bei den weiteren 7 Injectionen festgehalten. Seit dem 15. III. 1891 entzog sich Patient der weiteren Behandlung.

Seit der Entlassung des Patienten aus der Klinik und in ganz besonders bemerkenswerther Weise seit den letzten 5 Wochen, in denen er keine Injectionen mehr erhielt, hat eine Rückbildung der bis dahin noch vorhandenen tuberculösen Veränderungen stattgefunden: Völlige Vernarbung des Zungengeschwürs, Involution der infiltrirten Partien der Kehlkopfschleimhaut. Man konnte, als Patient sich auf specielle Aufforderung am 19. IV. 1891 in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas wieder einfand, bei der erheblichen Abschwellung des Kehldeckels wie der Aryknorpel, zum ersten male ein übersichtliches laryngoskopisches Bild erlangen. Die Stimmbänder zeigten sich, abgesehen von leichter Röthung, unverändert. Beide Taschenbänder, besonders das rechte, durch narbige Defecte und narbige Verziehung in ihrem Aussehen erheblich von der Norm abweichend, aber zur Zeit frei von Ulcerationen. Die Stellknorpel viel weniger umfangreich als früher, von unregelmässiger Form, ihre Bedeckungen gleichfalls frei von Geschwüren. Auch die Heiserkeit hat sich gebessert.

Patient arbeitet seit Ende Januar wieder in einem Kohlengeschäft, sein Allgemeinbefinden ist vortrefflich, sein Körpergewicht, das am Tage der Aufnahme in die Klinik $60\frac{1}{2}$ kg betrug, also für einen so grossen, starkknochigen Mann niedrig genug war, sank nach der ersten Woche der Tuberkulinbehandlung auf 59 kg; am Tage der Entlassung aus der Klinik betrug es 64,3 kg, ist aber bis zum 19. April auf 70 kg gestiegen.

17. XII. 1891. Pat., dem in unregelmässigen, meist mehrwöchentlich Intervallen Tuberkulin-Injectionen (0,04—01 pr. Dos.) gemacht werden und der auf dieselben nicht mehr reagirt, befindet sich andauernd wohl. Sein Körpergewicht hat (trotz schwerer Arbeit) wiederum zugenommen und betrug am Tage der letzten Wägung (16. X. 1891) 75 kg. *).

---

*) Betreffs dieses Krankheitsfalles vgl. auch die Arbeiten von P. Michelson: 1) Ueber einige seltenere Zungenkrankheiten, Berlin. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 46—48 2) Ueber drei nach Koch's Methode erfolgreich behandelte Fälle von Tuberkulose der Schleimhaut der oberen Luftwege, Deutsche medicinische Wochenschrift 1891.

Tafel XXIII.

Fig. 1. Spätsyphilitisches (gummöses, tertiär-syphilitisches) Geschwür des Naso-Pharynx.

Fig. 2. Pharyngitis granulosa.

Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.

Fig. 4. Defect der Uvula, Narben der Gaumen- und Zungenschleimhaut neben florider Tuberculose (Lupus) der Zunge und des Kehlkopfes.

---

seine Ehefrau und 4 Kinder, von denen das älteste 8 Jahre, das jüngste wenige Wochen alt ist. Die Frau hat nie abortirt; Pat. selbst will bis vor zwei Jahren vollständig gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen, sein. Ueber die Entstehung der an der Gesichtshaut vorhandenen Narben weiss er nichts anzugeben. Seit zwei Jahren hatte Pat. über mässige Schmerzen beim Essen, besonders beim Geniessen heisser Speisen und über ein Gefühl von Spannung in der Tiefe des Halses zu klagen. Bald darauf soll sich auch eine Anschwellung der Drüsen am Kinn und unterhalb der Kieferwinkel bemerkbar gemacht haben. Zu gleicher Zeit begann er abzumagern; es stellte sich Husten mit ziemlich reichlichem Auswurf und Stichen zwischen den Schultern, seit Weihnachten 1889 auch Heiserkeit und Luftmangel bei anstrengender Arbeit ein. Auf ärztlichen Rath war lange Zeit hindurch Sol. kal. chloric. als Mundwasser angewandt; sonst hatte keinerlei Behandlung stattgefunden.

Am 14. IV. 1890. Grosser, starkknochiger Mann, Muskulatur etwas schlaff. Panniculus adiposus schlecht entwickelt, Gesichtsfarbe gesund, die Lippen leicht cyanotisch. An der Haut der rechten Gesichtshälfte, besonders vor dem Ohre und über dem Unterkiefer eine Anzahl leicht vertiefter blasser grösstentheils stecknadelkopf- bis linsengrosser Narben. Einzelne derselben in der Praeauricular-Gegend sind von etwas grösserem Umfange und unregelmässiger Form. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle (s. d. aus mehreren, bei verschiedener Kopfhaltung gewonnenen Ansichten combinirte Fig. 4) fällt das Fehlen der Uvula auf. An der Schleimhaut des harten, wie des weichen Gaumens eine Anzahl scharf begrenzter, $^1/_2$—$1^1/_2$ mm tiefer, theils weisslich, theils mehr livide gefärbter Narben. Dieselben verlaufen theils in sagittaler, theils in mehr transversaler Richtung und sind von ganz verschiedener Grösse und Form; die umfangreichsten halten über 2—$2^1/_2$ cm an Länge und 3—4 mm im grössten Breitendurchmesser. In den nicht von Narben occupirten Partien der Schleimhaut des weichen Gaumens sieht man Netze von injicirten Gefässen. Auch die Oberfläche der linken Zungenhälfte lässt umfangreiche aber flachere und glattere narbige Veränderungen erkennen. Innerhalb dieses letzteren Narbenbezirks ist eine 2—3 mm breite Zone vorhanden, welche die papilläre Structur der unveränderten Zungenoberfläche, aber eine deutliche Vergrösserung und Röthung der einzelnen Papillen zeigt. Etwas vor den Papillae circumvallatae erheben sich in der medianen Zungenfurche circa 2 mm hohe, 1 mm breite 3—4 mm lange, dorsalwärts bis in die Balgdrüsengegend sich erstreckende zackige, hahnenkammähnliche Wülste. An den seitlichen Rändern der Zunge und der Unterfläche der Zungenspitze flache Narben. Frenulum linguae etwas verkürzt, verdickt und sehnenartig verfärbt. Links von demselben ist an einem, etwa 12 mm im grössten Durchmesser haltenden, unregelmässig begrenzten Bezirk, der dem Mundboden benachbarte Theil der Unterfläche der Zungenspitze ulcerirt, mit gelblichem Secret bedeckt. Der Rand dieses Geschwürs ist im Allgemeinen flach und unregelmässig ausgenagt, an einzelnen Stellen aber leicht verdickt. Bei der (durch Herrn Dr. M. Askanazy im patholog. Institute der Universität Königsberg ausgeführten) histologischen Untersuchung eines Stückes dieses verdickten Randes werden Conglomerate von epitheloiden und lymphatischen Zellen und Schüppel-Langhans'sche Riesenzellen gefunden. Tuberkelbacillen waren in den daraufhin untersuchten Schnitten nicht zu ermitteln. Zahnfleischpyramiden zum grösseren Theile etwas geröthet und geschwollen; den Kronen der meisten Zähne haftet Zahnstein an. Pharynxschleimhaut blass, narbig-atrophisch.

Glossolaryngoskopischer Befund. Balgdrüsen der Zungenwurzel rechterseits stark entwickelt; an der linken Seite der Balgdrüsenregion stellenweise narbige Vertiefungen. Epiglottis verdickt, ihre Seitenränder nach Innen eingerollt, an der oralen Fläche des diffus gerötheten Schleimhautüberzuges derselben unregemässige, durch ihr blasseres Kolorit und ihr im Vergleich zur Umgebung etwas vertieftes Niveau kenntliche Narben. Der Kehldeckel überlagert vollkommen den Kehlkopfeingang.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



F. C. Braun pinxit [illegible]

Tafel XXIV.

Fig. 1. Angiosarcom des Pharynx.

G. P., 65 J. Landmann aus Ostpreussen, bis Juli 1889 stets gesund. Zu dieser Zeit stellten sich besonders Nachts stechende Schmerzen in der rechten Seite des Schlundes ein. Erst im Spätherbst traten Schlingbeschwerden ein, welche sich allmälig soweit steigerten, dass Pat. nur mit grösster Mühe Flüssigkeiten und kleine Bissen hinabschlucken kann. In den letzten Monaten kam Pat. sichtlich von Kräften.

4. II. 1890. Aufnahme in die chiurgische Klinik. Schlechtgenährter, schwächlich gebauter Mann; Hautfarbe in's Gebliche spielend. Lungenemphysem mässigen Grades; Milzdämpfung etwas vergrössert. Die peripheren Arterien sind geschlängelt und fühlen sich hart an. In den übrigen Organen keine Abnormitäten nachzuweisen. Die Bewegungen in den Kiefergelenken gehen in normalen Grenzen vor sich. Die rechte Hälfte der Rachenhöhle ist von einer derben unbeweglich festsitzenden Geschwulst ausgefüllt, welche von der seitlichen und hinteren Rachenwand ausgeht, die Gaumenbogen, den Zungengrund und das Velum dieser Seite bis an die Uvula einnimmt, nach oben bis an den unteren Rand der Choane, nach unten bis nahe an den Kehldeckel reicht. Im Centrum ist die Geschwulst zerfallen und kehrt nach vorn gegen die Mundhöhle eine tiefe trichterförmige Oeffnung, welche von harten, exulcerirten z. Th. aufgeworfenen Rändern umgeben ist. Die mediale Seite der Geschwulst ist von intacter Schleimhaut überzogen. Zwischen Kieferrand und Zungenbein eine hasselnussgrosse und mehrere kleinere harte Lymphdrüsen. 11. II. Exstirpartion des Tumors durch Pharyngotomie mit Resection des Unterkieferastes, nach der Methode von Mikulicz. (Vorhergehende Tracheotomie) Entfernung der Lymphdrüsen, Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze. In den Oesophagus wird ein kleinfingerdickes Drainrohr eingeführt, durch welches Pat. während der nächsten Tage ernährt werden soll. Glatter Heilungsverlauf bis zum 21. II., an welchem Tage die Tampons ganz entfernt werden. Die ganze Mundhöhle granulirt rein; Pat. fängt an selbst Nahrung zu nehmen.

Tafel XXIV.

28. II. Arterielle Blutung an einer Stelle, von welcher ein noch locker haftendes nekrotisches Gewebestückchen entfernt wurde. Stillung der Blutung durch mehrfache Umstechung. Im übrigen ungestörte Heilung.

3. III. wiederholt sich in der Nacht die arterielle Blutung in profuser Weise an derselben Stelle; trotz sofortiger Hilfe stirbt Pat. ½ Stunde später unter den Erscheinungen der Anämie. Die Obduction weist nur die Erscheinungen der Anämie nach. Als Quelle der Blutung wird eine Lücke in der Carotis externa constatirt, deren Wand an der betreffenden Stelle missfarbig und zerfallen ist, so dass das Lumen frei mit der sonst rein granulirenden Wunde communicirt. Die Geschwulst ist vollständig entfernt. Microskopische Untersuchung des Tumors: Angiosarcom.

Fig. 2. Spindelzellensarkom des weichen Gaumens und Rachens, zahlreiche quergestreifte Muskelfasern enthaltend. (Myosarcoma striocellulare palati mollis et pharyngis.

B. L. 7jähriges Arbeiterkind aus Ostpreussen. Eltern gesund. Das bis dahin gesunde Mädchen erkrankte vor 2 Monaten, indem sich Schling- und Athembeschwerden einstellten welch letztere sich des Nachts zu förmlichen Erstickungsanfällen steigerten. Sprache seit dieser Zeit gaumig-nasal.

6. XI. 1889. Bei dem mässig genährten, anämisch aussehenden Kinde ist in den inneren Organen keine Abnormität nachzuweisen. Pat. athmet augenscheinlich nur durch den Mund; bei dem Versuch, durch die Nase athmen, erweist sich die linke Nasenhöhle als ganz undurchgängig, durch die rechte wird mit Mühe etwas Luft exspirirt. Die Inspection der Mundrachenhöhle ergiebt einen fast hühnereigrossen Tumor, welcher, von blassröthlicher Schleimhaut überzogen, die linke Seite des weichen Gaumens und die seitliche Pharynxrand dieser Seite einnimmt; er ist z. Th. zwischen die auseinandergedrängten Blätter des weichen Gaumens gebettet, z. Th. liegt er unter der emporgedrängten Schleimhaut der Gaumenbögen und der seitlichen Rachenwand. Die Uvula ist durch den Tumor weit über die Mittellinie nach der anderen Seite gedrängt. Durch Palpation lässt sich feststellen, dass die Geschwulst nach unten bis in die Höhe des Zungengrundes reicht, nach oben zu fast den ganzen Retronasalraum ausfüllt und die linke Choane vollständig, die rechte zum grössten Theil verlegt. Der Tumor ist weich elastisch, wenig verschiebbar. Eine Probepunction ergiebt nur Blut. Keine nachweisbaren Lymphdrüsen.

12. XI. wird der Versuch gemacht, durch einen Längschnitt im Bereich des weichen Gaumens den Schleimhautüberzug des Tumors zu spalten und den letzteren stumpf auszuschälen. Dies gelingt insoweit, als die Hauptmasse des sehr weichen Tumors ohne übermässige Blutung entfernt werden kann; doch ist letzterer nicht abgekapselt.

Die mikroscopische Untersuchung ergiebt ein aus grossen zumeist sehr langgestreckten Spindelzellen bestehendes Sarkom. Einzelne derselben zeigen deutliche Querstreifung. Der functionelle Effect der Operation ist zunächst ein vollkommener; aber schon nach 2 Wochen zeigt sich in der granulirenden Wundhöhle neue Geschwulstmasse. 6. XII. Möglichst gründliche Exstirpation der Geschwulst mit Hilfe osteoplastischer (temporärer) Resection des ganzen linken Oberkiefers. Leider ist es unmöglich die Geschwulst nach oben zu mit der nöthigen Sicherheit im gesunden Gewebe zu umschneiden, da sie hier dicht der Schädelbasis anliegt. Heilung ohne erhebliche Störung. Ende Januar zeigen sich Recidivknoten an der seitlichen

Pharynxwand. Bald darauf schwellen die Drüsen am Kieferrande an. Anfang Mai ist abermals der ganze Retronasalraum von Geschwulstmassen ausgefüllt. Die letzteren durchwachsen den Oberkiefer und treten in der Wangengegend in Form einer diffusen Anschwellung zu Tage.

Fig. 3. Rundzellensarkom des Pharynx.

F. D. 63jähriger Ortsarmer aus Ostpreussen.

Vor 24 Jahren wurde dem Pat. wegen eines 3 Jahre bestehenden Knochenleidens (Caries des Kniegelenks) der linke Oberschenkel amputirt. Im Uebrigen will Pat. bis vor einem Jahre stets gesund gewesen sein. Zu dieser Zeit stellten sich Athem- und Schlingbeschwerden ein, die sich allmählich soweit steigerten, dass Pat. nur mit Mühe Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. In der letzten Zeit quält ihn unaufhörlich die Empfindung einer Geschwulst im Schlunde.

9. I. 1890. Kräftig gebauter, schlecht genährter Mann. Lungenemphysem mässigen Grades, Milzdämpfung vergrössert; sonst in inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen. Der linke Oberschenkel an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel abgesetzt; am Stumpfe nichts Bemerkenswerthes. Der grösste Theil des Velums, die Gaumenbögen und die seitliche Rachenwand sind von einer unregelmässig gestalteten, fast den ganzen Isthmus faucium und den dahinterliegenden Theil der Rachenhöhle ausfüllenden Geschwulst eingenommen. Der Tumor ist von derber Consistenz und in seiner Hauptmasse wenig verschiebbar. Ein den Gaumenbogen entsprechender, über wallnussgrosser Abschnitt desselben ist von normal gefärbter Schleimhaut überzogen; ebenso ein lappenartiger, von der Gegend der Uvula gegen die Mundhöhle vorspringender Fortsatz; dagegen ist die in der Tiefe des Rachens liegende Hauptmasse der Geschwulst zerfallen, von einer missfarbigen Geschwürsfläche bedeckt. Nach unten reicht die Geschwulst bis nahe an den Kehldeckel, nach oben bis etwa zur Mitte des Septum narium; Zungenwurzel frei. Zwischen linkem Unterkieferast und Kopfnicker ein wallnussgrosser, mässig beweglicher, mit der Haut nicht verwachsener Geschwulstknoten. Sonst keine Lymphdrüsen zu tasten.

16. I. und 29. I. in zwei Zeiten Exstirpation der Geschwulst sammt Drüse mittelst Resection des Unterkieferastes nach Mikulicz. In der ersten Sitzung wird die Tracheotomie, Entfernung der Drüse und Resection des Kieferastes vorgenommen. Da der Kranke recht collabirt ist, wird die Operation unterbrochen und die Wundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Nachdem die Wunde rein granulirt. wird unter mässigem Blutverlust der erkrankte Theil der Pharynxwand am 29. I. resecirt. Es gelingt anscheinend die Geschwulst vollständig zu entfernen. Nachbehandlung und Verlauf wie in dem Tafel XXII, Fig. 1 dargestellten Falle.

10. II. Fängt Pat. an allein zu schlucken.

15. III. wird eine noch bestehende spaltförmige Communication der Haut mit der Rachenhöhle durch Secundärnaht geschlossen. Allgemeinbefinden in zunehmender Besserung; Nahrungsaufnahme geht ohne Schwierigkeiten von statten.

1. V. wird Pat. entlassen. Zwischen Epiglottis und Zungengrund ist ein kirschgrosser leicht blutender Tumor nachzuweisen. Die Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens ergiebt ein Recidiv.

Fig. 1. Ang

Fig. 2. Spin
Rach
enth
lis e

Fig. 3. Rund

Tafel XXIV





Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).

X., 27. J. alt, Kaufmann aus Hamburg.

Patient wurde 1863 in Deutschland geboren. Sein Vater ist ein Deutscher, lebt noch und ist gesund. Seine Mutter, vor 2 Jahren an perniciöser Anaemie gestorben, stammte aus Westindien, von europäischer Abkunft. 4 Geschwister des Pat. leben und sind gesund. Im ersten Lebensjahre kam Pat. nach Südamerika, blieb daselbst bis zum 9. Jahre, kehrt dann nach Deutschland zurück, um mit dem 15. Lebensjahre wieder nach Südamerika zurückzukehren. Damals war Pat. noch ganz gesund. Erst vom 18. Jahre an entwickelte sich die gegenwärtige Krankheit. Sie herrscht endemisch in dem vom Pat. bewohnten Theile Südamerikas. Im Sommer 1890 hatte der Kranke Hilfe im Krankenhaus zu Hamburg (Abtheilung des Oberarztes Herrn Dr. Engel-Reimers) gesucht und nahm Dr. E. Arning daselbst am 18. VII. 1890 folgenden Status praesens auf. Pat. stellt einen typischen Fall von Lepra tuberosa dar. Die Krankheit scheint vorläufig beschränkt auf die gesammte äussere Haut und auf die Schleimhaut der Nase und Rachenhöhle. Die grossen Nervenstämme sind noch auffallend intact, und in Folge dessen ist es auch noch nicht zu ausgebreiteten Anaesthesien der Haut und zu Dystrophieen der Muskeln und Knochen gekommen. Eine Untersuchung der inneren Organe ergiebt nirgends Anomalien; nur sind die Hoden schon seit Jahren von dem leprösen Process ergriffen und jetzt atrophisch.

Dem entsprechend findet sich der Geschlechtstrieb vollständig erloschen. Dagegen bestehen alle anderen reflectorischen- und Sinnesfunctionen vorläufig noch unverändert. Psyche intact.

Die Knotenbildungen sind wie gewöhnlich am stärksten an den Extremitäten und im Gesicht ausgesprochen. Dieses ist zu einer typischen Facies leonina entstellt. Keine Paresen der mimischen Gesichtsmuskeln. Augen ganz frei, bis auf eine leichte schmutzige Verfärbung der Sklera und eine mässige Injection der Conjunctiva.

Die Nase ist zusammengesunken, an den Flügeln stark knotig verdickt; die platt gedrückten Nasenlöcher sind an den Rändern ulcerirt, ebenso die unteren Theile der Nasenhöhle soweit man dieselben zu Gesicht bekommen kann. Das knorpelige Septum fehlt. Der Geruchssinn ist erhalten. — Im Nasensecret massenhaft Leprabacillen.

Die Lippen sind stark gewulstet; die Infiltrationen hören an der Unterlippe mit der Schleimhautgrenze auf, an der Oberlippe greifen sie noch auf das sichtbare Lippenroth über. Zwischen den Wulstungen der Lippen finden sich Rhagaden mit blutig-eitrigem Belag. Status der Mund- und Rachenhöhle. Zähne alle gut ausgebildet und vortrefflich er-

halten. Zahnfleisch leicht geschwollen, und wie die gesammte Schleimhaut der Mundhöhle anaemisch. — Die Zunge bietet bisher durchaus nichts Abnormes; es fehlen die tiefen Furchungen mit den dazwischenliegenden wulstförmigen Infiltrationen, welche die Lepra tuberosa so oft begleiten.

Auch die Schleimhaut des harten Gaumens, der Wangen, des Bodens der Mundhöhle, ebenso die Gaumenbögen und Tonsillen sind bis auf eine dem kachektischen Allgemeinzustand entsprechende Blässe durchaus normal.

Die hintere Rachenwand zeigt eine feuchte, von ausgedehnten Gefässen durchzogene Schleimhaut von gelbrothem, blassem Colorit. An der linken Seite, durch den Zungenrücken zur grösseren Hälfte versteckt, findet sich ein gelblich-wachsartig-glänzender Lepraknoten von etwas höckriger Oberfläche. Am Ansatze der Uvula an das Gaumensegel und am oberen Theil der Uvula sieht man eine Gruppe von sieben halbkugeligen durch einen leicht entzündlichen Schleimhautsaum von einander getrennten Knötchen. Auch sie zeigen den charakteristischen geblichen Wachsglanz der Leprome. Der untere Theil der Uvula ist in toto infiltrirt und von gelblichem Farbenton; an der Hinterseite findet sich gleichfalls eine Gruppe von Lepraknötchen. Die Beweglichkeit des Gaumenbogens scheint durchaus nicht behindert, ebenso ist im Allgemeinen das Gefühl an diesen Theilen noch erhalten, nur auf den Knötchen selber werden Nadelstiche nicht schmerzhaft empfunden.

Epiglottis und Kehlkopf sind frei.

Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform.)

M. P. 50 J. alt, Losmann aus Thalotten-Stans, Kreis Memel.

Die Eltern des Patienten sind früh verstorben. Seine Geschwister, seine Frau und Kinder dagegen sind sämmtlich am Leben und gesund. Vor 20 Jahren machte Patient die Pocken durch. Darauf wurde er Soldat und machte beide Kriege mit. Vor dem letzten lag er 7 Wochen an einer fieberhaften Krankheit, während welcher er stark phantasirte. Nach dem Kriege hat er eine Lungenentzündung überstanden. Seine jetzige Krankheit begann vor 2 Jahren mit Jucken auf der Stirn und Bildung von Knoten auf der Streckseite der Extremitäten und auf der Brust. Im Uebrigen klagte Patient nur über Kopfschmerzen. Da die Knotenbildung immer mehr zunahm, mehrere von denselben auch noch ulcerirten, suchte Patient auf Veranlassung von Herrn Dr. Pindikowski in Memel Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Daselbst wurde am 17. IX. 1888, folgenden Status praesens aufgenommen.

Patient ist ein kräftig entwickelter, mässig genährter Mann. Das ganze Gesicht mit Ausnahme der regio parotidea und der Schläfen ist in äusserst auffälliger Weise verändert. Die Haut ist überall verdickt, die Oberfläche derselben zeigt eine Menge von Knoten, die stark nadelkopf- bis erbsengross sind. Ihre Farbe schwankt zwischen hellbraun und rothbraun; bis auf wenige sind sie nicht ulcerirt. Denselben Farbenton hat auch die umgebende Gesichtshaut. Das ganze Gesicht ist infolgedessen in seinen Conturen elephantiastisch vergrössert. Die beiden oberen Augenlider zeigen die gleichen Veränderungen, d. h. diffuse Verdickung mit Knötchenbildung; besonders stark ist die Veränderung über der Glabella, der Wurzel des Nasenrückens und an beiden Augenbrauen; sie sind verdickt, von zahlreichen kleinen Knoten durchsetzt. Auch in beiden Lippen befindet sich eine Anzahl Knötchen; hier und da ist die Schleimhaut erodirt. In der Zunge liegt eine geringe Anzahl kleinbohnengrosser Knötchen. An einer Stelle ist die Schleimhaut der Zunge leicht erodirt. Am harten Gaumen läuft in der Mittellinie eine flache Ulceration auf der verdickten Schleimhaut bis zur Uvula. Der weiche Gaumen, die Tonsillen und Gaumenbögen zeigen theils feinknotige Schwellungen, theils

Tafel XXV.

Schrumpfung mit Verdickung der Schleimhaut und Erosionen. An den oberen Extremitäten findet sich, besonders im unteren Viertel des Vorderarmes an der Streckseite beiderseits und auf dem Handrücken eine grössere Anzahl von bohnengrossen Knoten in der Haut. Beide Hände sind leicht elephantiastisch verbreitert. An der Streckseite des Oberarmes, Ellenbogens und der Schulter sind wenig Knoten, aber hier und da ist die Haut braunroth verfärbt, verdickt, stellenweise erodirt. Die Gegend des Warzenhofs beiderseits zeigt Verdickung mit Knötchenbildung. An den unteren Extremitäten ist die Knötchenbildung geringer. Diese befindet sich in verhältnissmässig gesunder Nachbarhaut, besonders an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Die untern 2 Drittel beider Oberschenkel sind leicht geschwollen, die Haut ist glänzend. Beide Füsse sind elephantiastisch allseitig verbreitert. Die Haut der Unterschenkel ist nicht diffus verdickt. Am Fussrücken rechts fühlt man plaqueförmige Verdickungen der Haut, die röthlich gefärbt sind. Beide Fusssohlen schuppen stark. Die Haut des Praeputium und der Glans zeigt flache granulirende Hautdefecte. In der Scrotalhaut ist rechterseits ein kleiner Bezirk verdickt, geröthet; in demselben einige flache Hautdefecte. Patient klagt nicht über besondere Schmerzen. Genauere Untersuchung ergiebt sowohl an den Extremitäten wie im Gesicht und auf den Schleimhäuten anästhet. Bezirke. Als Beweis von bereits früher bestandener Anästhesie finden sich Verbrennungsnarben an den Füssen und Beinen, die Pat. sich während der kalten Jahreszeit bei Erwärmung am Ofen zugezogen hat. Die fühlbaren Nervenstämme (N.-ulnares, peronei) nicht verdickt. Lymphdrüsenschwellungen am Halse und in den Leistenbeugen. Die Epliglottis und aryepiglott. Falten zeigen ausgebreitete Knotenbildung, so dass man nur mit Mühe die Stimmbänder im Spiegelbild erblickt.

Therapie: Borsalbenverbände.

Es werden im Laufe der Monate October bis December 1888 ältere und neugebildete Knoten vom Gesicht (Nase, Wangen, Ohren, Stirn) exstirpirt. Die Heilung erfolgt stets p. primam. Die Untersuchung derselben ergiebt sehr zahlreiche Leprabacillen. Auch Knoten der Zunge, des Gaumens und der Nasenschleimhaut zeigen enorme Mengen von Bacillen. Das Sputum bacillenhaltig (aus zerfallenen Knoten der Mund-Rachenschleimhaut).

Während der Monate November und December Kreosotsalbe local und Kreosotpillen innerlich. Die ausgedehnten derben Infiltrate der Stirnhaut flachen sich danach ab, desgleichen verkleinern sich die Knoten an Nase, Wangen, den Extremitäten. Die Ulcerationen an der Glans und am Präputium vernarben. Warme Bäder mehrmal die Woche; Thermocauterisation der Nasenschleimhaut wegen ausgedehnten Ulcerationen am Septum und den Muscheln.

Patient verlässt, zufrieden mit seinem Zustande und entschieden gebessert am 23. December 1888 die Klinik. Nach 1¾ Jahren am 20. IX. 90. wird er in die Klinik nochmal aufgenommen. In diese Zeit fällt die Aufnahme der vorliegenden Abbildung, sowie der dazu gehörigen Fig. 3 auf Taf. XXVI. Die Untersuchung ergiebt [illegible] Folgendes: Die Haut des Gesichts bräunlich pigmentirt. [illegible] Lippen, Wangen, Nasenflügel, Ohrläppchen [illegible] in der Supraorbitalgegend gleichfalls verdickt. Die H[illegible] eingenommen von zahlreichen, ziemlich [illegible] Knoten von bräunlich-röthlicher Farbe [illegible] Das Centrum der Knoten häufig von intensiv [illegible] durchschimmernd. An den Wangen finden sich [illegible] An der Stirn und am [illegible] Die Ohrläppchen elephantiastisch verdickt und [illegible] und verbogen; an ihr. [illegible] der rechte Nasengang [illegible]

Der ganze [illegible]

unregelmässig zackige Ränder wenig prominiren und von dunkel gerötheter Schleimhaut gebildet sind, deren Oberfläche mit einem schmierigen, gelblichen Belage bedeckt ist. Der weiche Gaumen ist geschrumpft, verdickt, von einer mehr gleichmässig derben Infiltration eingenommen. Die Uvula ebenfalls geschrumpft, von vorn nach hinten verdickt, derb. Die Gaumenbögen verdickt; die arcus palato-pharyngei stark geschrumpft und gegen die hintere Rachenwand verzogen. Ihre Oberfläche an vielen Stellen ulcerirt. Die Wangenschleimhaut fast intact. Die Zunge von der Spitze bis etwa zur Hälfte eingenommon von flachen, schmierigen Ulcerationen, welche, wie die Digitaluntersuchung ergiebt, auf ziemlich scharf abgegrenzten, derben Infiltraten gelegen sind. In der hintern Hälfte der Zunge finden sich mehrere, flach über das Niveau der Zunge prominirende Knoten bis zur Erbsengrösse. Die hintere Rachenwand atrophisch und mit reichlichem, zähem, schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Pat. ist heiser. Kehlkopfuntersuchung sehr schwierig; doch lässt sich beträchtliche Verdickung der Epiglottis und der lig. ary-epiglottica constatiren. Der übrige Körper zeigt, besonders an der Brust und an den Streckseiten der Extremitäten, zahlreiche bis handteller grosse, dunkelbraun pigmentirte Hautstellen; daselbst Haut und Unterhautzellgewebe theils diffus, theils in Form von abgegrenzten Knoten infiltrirt; hier und dort auch ganz vereinzelte Knoten in der Haut. Die Nervenstämme des Ulnaris und Peroneus nicht auffällig verdickt. Pat. ist jedoch in hohem Grade anästhetisch. In der Glutäalgegend ein frischer, Handtellergrosser Brandschorf. Pat. lässt sich ohne besondere Schmerzäusserung Hautknoten exstirpiren.

Die Untersuchung des Speichels ergiebt ziemlich reichliche Bacillenmengen, meist in Häufchen liegend, bisweilen deutlich in Zellen. Noch viel zahlreichere, zumeist in Zellen liegende Bacillen enthält das von der Oberfläche der Zunge und vom harten Gaumen ganz oberflächlich abgeschabte Geschwürssecret.*)

*) Die genaue Wiedergabe der Krankengeschichte mag damit gerechtfertigt sein, dass der betreffende Fall aus dem einzigen Leprabezirk Deutschlands, demjenigen nördlichsten Grenzgebiet Ostpreussens stammt, in welchem die Lepra heutzutage autochthon vorkommt.

Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).

Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform).





Fig. 2



Fig. 1. O. Lilienfeld
Fig. 2. H. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin.

Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).

Th. B., 26 J. alt, Bürgerstochter aus Schitomir, Gouvernem. Wolynien.

Vor 10 Jahren litt Pat. an beiderseitiger Dakryocystitis, welche rechts zur Abscedirung führte. Bald danach verstopfte sich die Nase. Vor 6 Jahren fiel Pat. auf die Nase; es folgte eine heftige Blutung, ausserdem sollen „Fleischklumpen" aus der Nase gefallen sein. Allmälg schwoll die Umgebung der Nasenlöcher an, dabei wurden die Nasenflügel und die Nasenspitze hart und unbeweglich; infolgedessen verengerten sich die äusseren Nasenöffnungen immer mehr und mehr. Seit 3 Jahren sind beide Nasenhöhlen vollkommen undurchgängig. Ebenso lange sollen die krankhaften Veränderungen im Mund und Rachen bestehen. Die Beschwerden der Pat. sind im Ganzen mässig: ausser dem Gefühl des Verstopftseins der Nase plagt sie heftiges Jucken an den erkrankten Theilen der Nase und Oberlippe; das im Beginn des Leidens auftretende Thränenträufeln besteht immer fort. Häufig, besonders des Morgens, wird Pat. von Hustenreiz befallen; sie entleert dann durch Räuspern und Husten blutigen Schleim aus dem Munde.

Stat. praes. am 31. V. 1890 (Tag der Aufnahme der umstehenden Abbildung, Fig. 1): Typisches Bild eines weit vorgeschrittenen Rhinoskleroms der äusseren Nase. Diese erscheint im ganzen Bereich ihres knorpeligen Gerüstes in eine unförmliche, knorpelharte Geschwulstmasse umgewandelt, in welche auch der mittlere Theil der Oberlippe einbezogen ist. Der Nasenspitze und dem Nasenrücken entsprechend ist die über ihrer knöchernen Unterlage unbewegliche Masse zumeist von normal aussehender, jedoch unverschieblicher Haut bedeckt; nur an zwei Stellen brechen grau-röthliche, oberflächlich exulcerirte, mit dünnen Borken bedeckte Gewebsmassen knopfartig hervor. Den Nasenflügeln, sowie dem Septum cutaneum entsprechend ist die Geschwulst von grau-rother Farbe, in grosser Ausdehnung exulcerirt, mit gelblich-braunen, festhaftenden Borken bedeckt. Die wallartig erhobenen Grenzpartien der Geschwulst sind hier meist von einer dünnen Epithelschicht bedeckt, zeigen eine dunkelrote Farbe und setzen scharf gegen die normale Umgebung ab. Die Nasenlöcher sind durch flache, unregelmässig begrenzte Gruben angedeutet. Deutliche Zeichen der Schrumpfung der infiltrirten Theile, besonders in der Längsrichtung, d. i. dem Septum cutaneum nasi, sowie dem Filtrum der Oberlippe entsprechend; infolge dessen scheinen sich Nasenspitze und Lippenroth fast zu berühren.

Tafel XXVI.

Die Affektion der Mund- und Rachenhöhle stellt sich zunächst als eine flachhöckerige, röthlich-graue Infiltration der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens dar, welche ganz symmetrisch beide Hälften einnimmt und nur die Alveolarfortsätze mit ihrer nächsten Nachbarschaft freilässt. Gegen die gesunde Umgebung ist hier die infiltrirte Partie durch einen intensiv roten, von Epithel bedeckten Saum scharf abgegrenzt; im Centrum ist sie in grossem Umfang oberflächlich excoriirt. Auch die Gaumenbogen, die seitliche und hintere Rachenwand erscheinen, soweit sie der Beobachtung zugänglich sind, in ähnlicher Weise infiltrirt. Dabei finden sich auch hier Zeichen hochgradiger Schrumpfung. Die Uvula mit dem angrenzenden Theil des Velums sind verschwunden, die vorderen Gaumenbogen verstrichen, die hinteren einander und der hinteren Rachenwand so sehr genähert, dass sie einen steilen Spitzbogen bilden, dessen Pfeiler sich in die infiltrirte hintere Rachenwand einsenken, welche im Grunde des Bogens zur Ansicht kommt. Dabei Alles starr, unbeweglich. Der palpirende Finger findet hier fast dieselbe knorpelharte Consistenz wie an den Infiltraten der äusseren Nase.

(Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Dr. Bornhaupt in Kiew, welcher über ein besonders reiches Beobachtungsmaterial auf diesem Gebiete verfügt. Vergl. die ausführliche Arbeit von Wolkowitsch aus der Bornhaupt'schen Klinik. Arch. f. klin. Chir. XXXVIII. 356.)

Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).

Fl. Chr., 30 J. alt, Taglöhnerin aus Mähren.

Das jetzige Uebel besteht angeblich seit 9 Jahren. Zuerst stellten sich wiederholt Blutungen aus der Nase ein; dann bemerkte Pat. bald, dass sie durch das linke Nasenloch schwerer Luft bekäme als durch das rechte. Als Ursache davon zeigte sich später eine etwa taubeneigrosse Geschwulst, welche sich ziemlich rasch in der unteren Wand der Nasenöffnung gegen die Oberlippe zu entwickelte und zum Theil das Nasenloch verlegte. Nach einem Jahre hatte die ganze äussere Nase ihre normale Weichheit und Beweglichkeit verloren; sie war derb, fast knorpelhart geworden. Vor 5 Jahren stellte sich Husten und Heiserkeit ein; die letztere besteht bis zum heutigen Tage unverändert fort. Seit 3 Jahren Athemnoth bei stärkeren körperlichen Anstrengungen. Seit 2 Jahren von Zeit zu Zeit Hämoptöe, deren Dauer von 1—6 Tagen schwankt. Seit 6 Monaten dysmenorrhoische Beschwerden. Appetit gut. Verdauung normal.

Status praesens (April 1891): Mittelgrosse Person von mässig kräftigem Knochenbau, mittlerer Ernährung, schlaffer Musculatur. Ueber der rechten Lungenspitze kurzer Schall, Consonanzerscheinungen. Im Uebrigen die inneren Organe normal. — Die Nase erscheint verbreitert; die weit offenen Nasenlöcher sind von den derben, unbeweglichen, auf das Doppelte verdickten Nasenflügeln und der ebenso beschaffenen Scheidewand umgeben. Die ganze Nase fühlt sich knorpelhart an, ist unbeweglich. Am Naseneingang sieht man Narben, welche von vorangegangenen Excisionen herrühren.

Untersuchung der Mundhöhle (Siehe Fig. 2): Die vorderen Gaumenbogen als kurze, schmächtige Falten angedeutet; die hinteren Gaumenbogen dagegen stark entwickelt, weit nach innen zu vorspringend, von derber, schwieliger Consistenz. Von den Gaumentonsillen kaum Reste zu finden. Der weiche Gaumen in der Längsrichtung stark verkürzt, so dass sein freier Rand straff in die Höhe gezogen erscheint. Infolge dessen stellen die hinteren Gaumenbogen sammt dem freien Rand des Velums einen steilen gothischen Bogen dar, dessen Spitze den knopf-

förmigen Rest der hoch hinaufgezogenen Uvula trägt. Zwischen den Pfeilern des Bogens kommt die hintere Rachenwand zum Vorschein. Sowohl diese, als auch die geschrumpften Partien des Gaumens sind von einer narbig degenerirten, stellenweise sehnig glänzenden Schleimhaut überzogen. Die Rhinoskopia posterior ergiebt: Die hintere Rachenwand von zahlreichen, longitudinal verlaufenden weisslichen Narbensträngen durchzogen. Die Choanen beiderseits frei, weit offen. Mittlere Muschel rechterseits verdickt. Tubenwülste sehr hypertrophisch. Laryngoskopisch: Epiglottis gracil, Lig. glosso-epiglotticum verkürzt und verdickt, ihre Schleimhaut von einzelnen weisslichen Strängen durchsetzt. Das rechte falsche Stimmband blass, das wahre Stimmband bis auf eine weisse Stelle in der Mitte leicht geröthet. Falsches und wahres Stimmband linkerseits zu einem Wulst verschmolzen. Die Plica interaryt. verdickt. Unter dem rechten wahren Stimmband springt ein von Borken bedeckter Wulst gegen das Kehlkopfinnere vor, infolge dessen das Kehlkopflumen erheblich verengert. Die Bewegungen der Aryknorpel bei der Phonation unbehindert.

(Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Kaposi in Wien.)

Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).

M. P. 50 J. alt, Losmann aus Thalotten-Stans, Kreis Memel.

Die Eltern des Patienten sind früh verstorben. Seine Geschwister, seine Frau und Kinder dagegen sind sämmtlich am Leben und gesund. Vor 20 Jahren machte Patient die Pocken durch. Darauf wurde er Soldat und machte beide Kriege mit. Vor dem letzten lag er 7 Wochen an einer fieberhaften Krankheit, während welcher er stark phantasirte. Nach dem Kriege hat er eine Lungenentzündung überstanden. Seine jetzige Krankheit begann vor 2 Jahren mit Jucken auf der Stirn und Bildung von Knoten auf der Streckseite der Extremitäten und auf der Brust. Im Uebrigen klagte Patient nur über Kopfschmerzen. Da die Knotenbildung immer mehr zunahm, mehrere von denselben auch noch ulcerirten, suchte Patient auf Veranlassung von Herrn Dr. Pindikowski in Memel Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Daselbst wurde am 17. IX. 1888, folgenden Status praesens aufgenommen.

Patient ist ein kräftig entwickelter, mässig genährter Mann. Das ganze Gesicht mit Ausnahme der regio parotidea und der Schläfen ist in äusserst auffälliger Weise verändert. Die Haut ist überall verdickt, die Oberfläche derselben zeigt eine Menge von Knoten, die stecknadelkopf- bis erbsengross sind. Ihre Farbe schwankt zwischen hellbraun und rothbraun; bis auf wenige sind sie nicht ulcerirt. Denselben Farbenton hat auch die umgebende Gesichtshaut. Das ganze Gesicht ist infolgedessen in seinen Conturen elephantiastisch vergrössert. Die beiden oberen Augenlider zeigen die gleichen Veränderungen. d. h. diffuse Verdickung mit Knötchenbildung; besonders stark ist die Veränderung über der Glabella, der Wurzel des Nasenrückens und an beiden Augenbrauen; sie sind verdickt, von zahlreichen kleinen Knoten durchsetzt. Auch in beiden Lippen befindet sich eine Anzahl Knötchen; hier und da ist die Schleimhaut erodirt. In der Zunge liegt eine geringe Anzahl kleinbohnengrosser Knötchen. An einer Stelle ist die Schleimhaut der Zunge leicht erodirt. Am harten Gaumen läuft in der Mittellinie eine flache Ulceration auf der verdickten Schleimhaut bis zur Uvula. Der weiche Gaumen, die Tonsillen und Gaumenbögen zeigen theils feinknotige Schwellungen, theils Schrumpfung mit Verdickung der Schleimhaut und Erosionen. An den oberen Extremitäten findet sich, besonders im unteren Viertel des Vorderarmes an der Streckseite beiderseits und auf dem Handrücken eine grössere Anzahl von bohnengrossen Knoten in der Haut. Beide

Tafel XXVI.

Hände sind leicht elephantiastisch verbreitert. An der Streckseite des Oberarmes, Ellenbogens und der Schulter sind wenig Knoten, aber hier und da ist die Haut braunroth verfärbt, verdickt, stellenweise erodirt. Die Gegend des Warzenhofs beiderseits zeigt Verdickung mit Knötchenbildung. An den unteren Extremitäten ist die Knötchenbildung geringer. Diese befindet sich in verhältnissmässig gesunder Nachbarhaut, besonders an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Die untern 2 Drittel beider Oberschenkel sind leicht geschwollen, die Haut ist glänzend. Beide Füsse sind elephantiastisch allseitig verbreitert. Die Haut der Unterschenkel ist nicht diffus verdickt. Am Fussrücken rechts fühlt man plaqueförmige Verdickungen der Haut, die röthlich gefärbt sind. Beide Fusssohlen schuppen stark. Die Haut des Praeputium und der Glans zeigt flache granulirende Hautdefecte. In der Scrotalhaut ist rechterseits ein kleiner Bezirk verdickt, geröthet; in demselben einige flache Hautdefecte. Patient klagt nicht über besondere Schmerzen. Genauere Untersuchung ergiebt sowohl an den Extremitäten wie im Gesicht und auf den Schleimhäuten anästhet. Bezirke. Als Beweis von bereits früher bestandener Anästhesie finden sich Verbrennungsnarben an den Füssen und Beinen, die Pat. sich während der kalten Jahreszeit bei Erwärmung am Ofen zugezogen hat. Die fühlbaren Nervenstämme (N.-ulnares, peronei) nicht verdickt. Lymphdrüsenschwellungen am Halse und in den Leistenbeugen. Die Epliglottis und aryepiglott. Falten zeigen ausgebreitete Knotenbildung, so dass man nur mit Mühe die Stimmbänder im Spiegelbild erblickt.

Therapie: Borsalbenverbände.

Es werden im Laufe der Monate October bis December 1888 ältere und neugebildete Knoten vom Gesicht (Nase, Wangen, Ohren, Stirn) exstirpirt. Die Heilung erfolgt stets p. primam. Die Untersuchung derselben ergiebt sehr zahlreiche Leprabacillen. Auch Knoten der Zunge, des Gaumens und der Nasenschleimhaut zeigen enorme Mengen von Bacillen. Das Sputum bacillenhaltig (aus zerfallenen Knoten der Mund-Rachenschleimhaut).

Während der Monate November und December Kreosotsalbe local und Kreosotpillen innerlich. Die ausgedehnten derben Infiltrate der Stirnhaut flachen sich dannch ab, desgleichen verkleinern sich die Knoten an Nase, Wangen, den Extremitäten. Die Ulcerationen an der Glans und am Präputium vernarben. Warme Bäder mehrmals die Woche: Thermocauterisation der Nasenschleimhaut wegen ausgedehnten Ulcerationen am Septum und den Muscheln.

Patient verlässt, zufrieden mit seinem Zustande und entschieden gebessert, am 23. December 1888 die Klinik. Nach $1^3/_4$ Jahre, am 20. IX. 90, wird er in dieselbe nochmals aufgenommen. In diese Zeit fällt die Aufnahme der vorliegenden Abbildung, sowie der dazugehörigen Fig. 2 auf Taf. XXV. Die Untersuchung ergiebt nunmehr Folgendes: Die Haut des Gesichts bräunlich pigmentirt. Sämmtliche Weichtheile des Gesichts, Lippen, Wangen, Nasenflügel gewulstet. Die Stirnhaut, besonders in der Supraorbitalgegend gleichfalls verdickt. Die Haut um den Mund und an der Stirne eingenommen von zahlreichen, ziemlich dicht aneinanderstehenden, Stecknadelkopf- bis Erbsengrossen Knoten von bräunlich-röthlicher Farbe, mit dünner glänzender Haut bedeckt. Das Centrum der Knoten häufig von intensiv wachsgelber Farbe, durch die verdünnte Oberhaut durchscheinend. An den Wangen finden sich etwas prominirende, ziemlich derbe Infiltrate bis zu Markstück-Grösse. An der Stirn und am Lippensaume kleine, flache Ulcerationen. Die Ohrläppchen elephantiastisch verdickt und vergrössert. Die Unterkieferdrüsen geschwollen. Die Nasenscheidewand verbogen; an ihr, sowie an den Muskeln mit trockenen Borken bedeckte Geschwüre; der rechte Nasengang stark verengt.

Der ganze harte Gaumen wird eingenommen von einer grossen Geschwürsfläche, deren unregelmässig zackige Ränder wenig prominiren und von dunkel gerötheter Schleimhaut gebildet sind, deren Oberfläche mit einem schmierigen, gelblichen Belage bedeckt ist. Der weiche Gaumen ist geschrumpft, verdickt, von einer mehr gleichmässig derben Infiltration

Tafel XXVI.

eingenommen. Die Uvula ebenfalls geschrumpft, von vorn nach hinten verdickt, derb. Die Gaumenbögen verdickt; die arcus palato-pharyngei stark geschrumpft und gegen die hintere Rachenwand verzogen. Ihre Oberfläche an vielen Stellen ulcerirt. Die Wangenschleimhaut fast intact. Die Zunge von der Spitze bis etwa zur Hälfte eingenommen von flachen, schmierigen Ulcerationen, welche, wie die Digitaluntersuchung ergiebt, auf ziemlich scharf abgegrenzten, derben Infiltraten gelegen sind. In der hintern Hälfte der Zunge finden sich mehrere, flach über das Niveau der Zunge prominirende Knoten bis zur Erbsengrösse. Die hintere Rachenwand atrophisch und mit reichlichem, zähem, schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Pat. ist heiser. Kehlkopfuntersuchung sehr schwierig; doch lässt sich beträchtliche Verdickung der Epiglottis und der lig. ary-epiglottica constatiren. Der übrige Körper zeigt, besonders an der Brust und an den Streckseiten der Extremitäten, zahlreiche bis handteller grosse, dunkelbraun pigmentirte Hautstellen; daselbst Haut und Unterhautzellgewebe theils diffus, theils in Form von abgegrenzten Knoten infiltrirt; hier und dort auch ganz vereinzelte Knoten in der Haut. Die Nervenstämme des Ulnaris und Peroneus nicht auffällig verdickt. Pat. ist jedoch in hohem Grade anästhetisch. In der Glutäalgegend ein frischer, Handtellergrosser Brandschorf. Pat. lässt sich ohne besondere Schmerzäusserung Hautknoten exstirpiren.

Die Untersuchung des Speichels ergiebt ziemlich reichliche Bacillenmengen, meist in Häufchen liegend, bisweilen deutlich in Zellen. Noch viel zahlreichere, zumeist in Zellen liegende Bacillen enthält das von der Oberfläche der Zunge und vom harten Gaumen ganz oberflächlich abgeschabte Geschwürssecret.

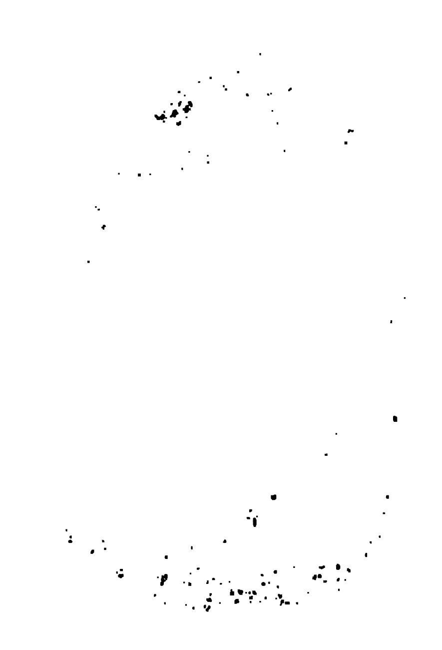
Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).

Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).

Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).





Tafel XXIV

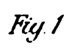




Fig. 2



Fig. 3



Bornhaupt

Tafel XXVII.

Fig. 1. Makroglossie, durch eine Lymphcyste (Lymphangioma cysticum) bedingt.

C. W., 7 J. alt, aus Ostpreussen.

Die Mutter des Pat. giebt an, dass derselbe mit einer kleinen Blutblase unterhalb der Zungenspitze geboren sei. Diese Erhabenheit habe sich dann allmälig vergrössert. Als das Kind einige Jahre alt war, befragte man einen Arzt, der zur operativen Entfernung der Geschwulst rieth. Da der Knabe bald darauf an Keuchhusten erkrankte, unterblieb die Operation vorerst und wurde auch später immer wieder verschoben, trotzdem die Geschwulst im Sommer 1888 derart an Umfang zugenommen hatte, dass sie im Munde nicht mehr Platz fand. Erst als im darauffolgenden Jahre ein weiteres rapides Wachsthum stattfand, führten die Angehörigen den Pat. dem Krankenhaus der Barmherzigkeit zu Königsberg (Chef-Arzt Oberstabsarzt Dr. Bobrick) zu. Hier wurde am 18. VIII. 89 folgender Befund erhoben:

Der schwächlich gebaute, sonst aber gesunde Knabe gewährt dadurch einen höchst eigenthümlichen Anblick, dass ihm eine apfelgrosse Geschwulst etwa 7 cm weit aus dem offenen Munde hängt und bis über das Kinn hinabreicht. Dieselbe stellt den abnorm vergrösserten vorderen Theil der Zunge dar; ihre Oberfläche zeigt diejenigen Veränderungen, welche einzutreten pflegen, wenn Schleimhäute längere Zeit dem Einfluss des atmosphärischen Luft ausgesetzt sind, sie ist lederartig verdickt, trocken und rissig. Die Consistenz des Tumors ist weich und elastisch; er lässt sich ziemlich sicher von dem unveränderten Theil der Zunge abgrenzen. Nach Emporheben der Geschwulst überzeugt man sich, dass die Unterkieferzähne eine fast horizontale Stellung einnehmen und von dicken Lagen von Zahnstein umgeben sind. Starke Salivation. Sprache vollkommen unverständlich. Pat. vermag Nahrung nur in flüssigem Zustande zu sich zu nehmen. 24. VIII. 90: Keilförmige Excision des Tumors nach Dieffenbach'scher Methode. Während der Operation dringt beim Fassen des vorderen Endes der Geschwulst mit der Hakenzange aus den Stichpunkten eine grünlich gelbe, leicht getrübte, viscide Flüssigkeit. Glatte Heilung. Der funktionelle Erfolg der Operation ist ein vollkommener.

Tafel XXVII.

Schon bei der Operation erwies sich die Geschwulst als eine einzige grosse Cyste. Bei der durch Herrn Geheimrath E. Neumann ausgeführten anatomischen Untersuchung zeigte sich die Innenfläche der Cyste von einer theils einfachen, theils mehrfachen Schicht sehr zarter, flacher, dem Lymphgefässendothel ähnlicher Zellplättchen besetzt. Darunter eine ziemlich derbfaserige, zellarme Schicht lamellös angeordneten Bindegewebes. An der Innenfläche der Cystenwand braune Plaques, aus jungem Granulationsgewebe bestehend, höchst wahrscheinlich von Blutergüssen herrührend. Die anstossenden, etwas atrophischen Theile der Zungenmusculatur von starker Bindegewebswucherung durchsetzt. Im Uebrigen die ganze Dicke des exstirpirten Zungentheils bis zur äusseren Epithelbekleidung mit kleinen Rundzellen infiltrirt.*)

Fig. 2. Makroglossie mit Furchenbildung.

H., 36 J. alt, Beamtenfrau aus Königsberg.

Bei der gracil gebauten, aber sonst gesunden Frau bietet die Zunge folgende Veränderungen dar: Sie erscheint in toto vergrössert, länger, breiter und dicker als in der Norm. Ihre vordere Hälfte wird durch eine grosse Zahl von Furchen in Felder und Gyri von ganz verschiedener Form und Grösse zerklüftet. Die tiefste und breiteste dieser Furchen folgt in leicht geschlängelten Windungen im Allgemeinen der Medianlinie. Die nächstdem umfangreichsten Vertiefungen sind über 2 cm lang, bis 2 mm breit und ebenso tief. An der Zungenspitze halten die grösseren Furchen eine sagittale, nach vorn ein wenig convergirende, am mittleren Theile der Zunge eine mehr transversale, schräg von hinten innen nach vorn aussen verlaufende Richtung inne. Mit den Hauptthälern stehen dann zahlreiche kleinere und kleinste Nebenthäler in Verbindung. Ein gewisser Grad von bilateraler Symmetrie ist in der Furchenbildung an der Zungenoberfläche übrigens unverkennbar.

Viele ganz unregelmässig gestaltete, vorwiegend aber in verticaler Richtung angeordnete schmälere und flachere Furchen finden sich auch an den Zungenrändern und greifen im Bereich der Zungenspitze auf die Unterfläche über, ohne sich indess auf die medianen Partien derselben fortzusetzen; letztere sind von glatter, etwas trocken aussehender Schleimhaut bekleidet.

Eine vollkommen glatte Beschaffenheit zeigt die Schleimhaut in der Tiefe sämmtlicher Furchen, während die von denselben umrahmten erhabenen Theile der Zunge reichliche Papillen erkennen lassen. — Die Farbe des Schleimhautüberzuges ist blass-röthlich; eine irgend erhebliche Differenz zwischen dem Colorit der vertieften und der erhabenen Theile existirt nicht.

Im hinteren Theil der Zunge sind nur einige seichte und kurze Vertiefungen vorhanden. Deutlich ausgebildete Papillae circumvalatae fehlen.

Wie die glossoskopische Untersuchung lehrt, ist die Schleimhaut der Zungenwurzel von einigen ektatischen Venen durchzogen; Balgdrüsen ziemlich stark entwickelt.

Geschmacksempfindung fehlt an den stärker gefurchten Theilen der Zunge, so besonders auch an den Zungenrändern, und zwar fehlt sie nicht blos im Bereich der papillenlosen Thäler, sondern auch in dem der papillentragenden Felder; nur an der Zungenspitze ist sie erhalten, obschon nicht gerade fein. An den hinteren Theilen der Zunge dagegen ist das

*) Weiteres über den histologischen Befund und seine Deutung findet sich in der aus J. Mikulicz' Klinik erschienenen Arbeit O. Samter's: „Ueber die Lymphangiome der Mundhöhle", Arch. f. klin. Chir., Bd. XLI.

Geschmacksvermögen, wie die angestellten Prüfungen ergeben, normal. In der Perception von Tasteindrücken seitens der Zunge bestehen keine Abweichungen von der Norm.

Ueber irgendwelche, durch die veränderte Beschaffenheit der Zunge hervorgerufene Beschwerden hat Frau H. nicht zu klagen. Betreffs der Entstehung des im Vorstehenden beschriebenen Zustandes weiss sie nichts Näheres anzugeben, glaubt sich jedoch mit Bestimmtheit dessen zu erinnern, dass schon während der Schulzeit ihren Mitschülerinnen das rissige Aussehen der Zunge aufgefallen sei. Bei anderen Gliedern ihrer Familie ist eine ähnliche Zungenaffection nicht bemerkt worden.

Fig. 3. Hyperplasie der Zungentonsille (directer Besichtigung zugänglich).

Fr. N., 30 J. alt, Lehrerfrau aus Königsberg.

Die kräftig gebaute und gut genährte Pat. ist seit 1883 verheirathet und giebt an, von ihrem Ehemann vor einigen Jahren syphilitisch inficirt worden zu sein. Ihre Gaumenmandeln wurden wegen abnormer Grösse vor 2 Jahren galvanokaustisch geätzt.

Seit Juli 1889 klagt Pat. über, besonders gegen Abend sich einstellende stechende Schmerzen in der Tiefe des Halses, sowie über ein Gefühl von Druck und Behinderung beim Schlucken („als ob etwas stecken bliebe"). Ein Anfang Oktober zu Rath gezogene Arzt führte einige galvanokaustische Aetzungen der Zungenwurzel aus. Da die Beschwerden jedoch nicht völlig verschwanden, stellte sich Pat. im November 1889 einem der Herausgeber dieses Atlas vor. Bei tiefem Herunterdrücken der Zunge kommt an deren Wurzel die hyperplastische Zungentonsille als eine grobkörnige Geschwulst zum Vorschein, in ihrem medianen Theil von dem obersten Segment der Epiglottis überragt. Auch ohne Zuhilfenahme des Zungenspatels vermag Pat. die Zungentonsille zur Ansicht zu bringen. Der Schleimhautüberzug der hypertrophischen Balgdrüsen war von normaler Färbung. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergab nichts Anormales.

Therapie: Energische Aetzungen mit dem messerförmigen Galvanocauter.

Controlluntersuchung 11. I. 90: Keinerlei Beschwerden mehr. Balgdrüserregion der Zungenwurzel (die nach wie vor bis zum Kehldeckel hin ohne Zuhilfenahme des Spiegels zu besichtigen ist) abgeflacht.

Fig. 4. Papillom der Uvula.

K. Sch., 18 J. alt, Laufbursche aus Königsberg.

Der in seiner körperlichen Entwickelung zurückgebliebene Patient trat wegen Nasenverstopfung in poliklinische Behandlung. Als Ursache seiner Beschwerden fanden sich adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. Gaumenregel ziemlich schlaff, Arcus palatopharyngei inseriren sich auffällig tief am untersten Theile der Uvula.

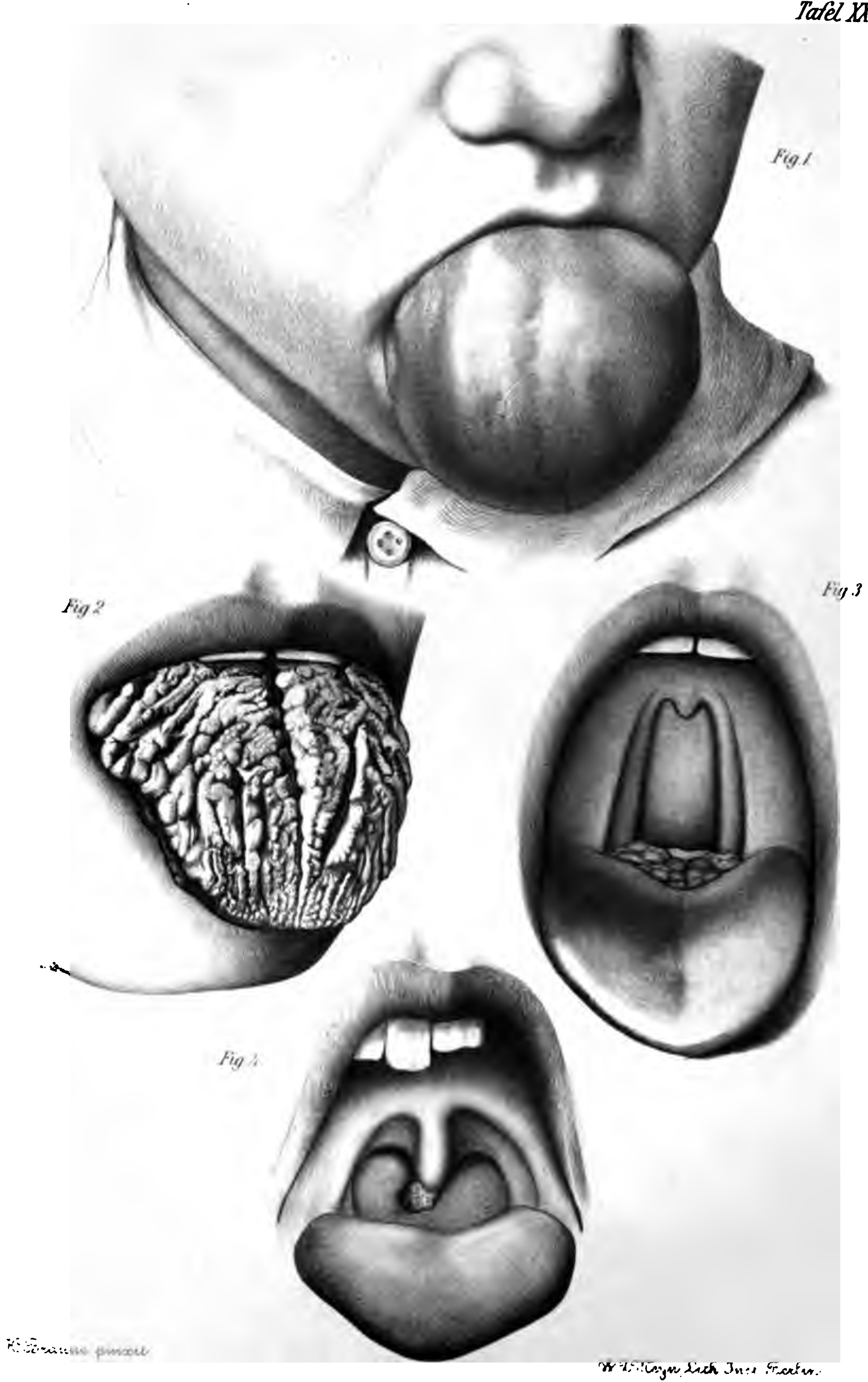
Der Spitze des Zäpfchens sitzt rechterseits eine blass-röthlich gefärbte, erbsengrosse, warzenartig-höckerige Excrescenz auf.

Behandlung: Operation der adenoiden Vegetationen; Entfernung der Geschwulst des Zäpfchens mit der Scheere.

Histologische Untersuchung der letzteren bestätigt die auf „Papillom" gestellte klinische Diagnose.



Tafel XXVII



Tafel XXVIII.

Fig. F. Sublinguale Dermoidcyste.

R. M., 66 J., Rabinerstochter aus Russland, stets gesund. Vor 5 Monaten bemerkten die Eltern unter der Zungenspitze eine kleine Geschwulst, welche seither allmälig wuchs.

6. V. 89 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Sonst wohlentwickeltes Mädchen. Wird die Zunge in die Höhe gestreckt, so kommt an ihrer Unterfläche eine etwa haselnussgrosse, genau in der Mittellinie zwischen der Zungenspitze und dem Bändchen liegende Geschwulst zum Vorschein. Dieselbe ist von blassgelblicher Farbe, ziemlich scharf begrenzt, nicht verschiebbar, von prall elastischer Consistenz, deutlich fluctuirend.

Exstirpation der Cyste in Narkose bei hängendem Kopf. Der dünnwandige Balg lässt sich in den oberflächlichen Schichten leicht, in der Tiefe mit einiger Schwierigkeit herauspräpariren. Ein trichterförmiger Fortsatz der Cyste reicht bis in die Nähe des Zungenbeinkörpers. Naht, Drainage der Wundhöhle mit einem Streifen Jodoformgaze. Glatte Heilung.

Die Cyste enthält eine dünnbreiige, gelbliche Masse; die Cystenwand ist an [illegible] fläche mit einem mehrschichtigen Plattenepithel ausgekleidet.

Tafel XXVIII.

Fig. 2. Ranula.

L. R., 18jährige Bauerstochter aus Ostpreussen, stammt aus gesunder Familie und war selbst bisher gesund. Sie bemerkte im September 1889, dass sich unter der Zunge, und zwar zuerst links vom Bändchen, ein Bläschen bildete, welches im Verlauf mehrerer Wochen bis zu Walnussgrösse anschwoll; dann platzte es von selbst und entleerte eine klare Flüssigkeit. Doch füllte sich die „Blase" bald wieder, barst nach einiger Zeit, um sich abermals zu füllen u. s. f. Einige Male stach sich Pat. die „Blase" selbst auf, weil sie sich im Sprechen und Essen behindert fühlte.

9. VII. 90 sucht Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas Hilfe. Wenn das sonst gesunde Mädchen den Mund öffnet, so bemerkt man schon bei ruhender Zunge dass sich vom Boden der Mundhöhle her eine bläulich durchscheinende Geschwulst zwischen Zungenrand und Zahnreihen nach vorn drängt und die Zungenspitze emporhebt. Wird die Zunge spontan emporgestreckt, so kommt die Geschwulst in der Fig. 2 dargestellten Weise zum Vorschein. Sie liegt symmetrisch zu beiden Seiten des Zungenbändchens und drängt den vorderen Theil des Mundbodens fast bis in die Höhe der Zahnreihe empor; sie ist von bläulich durchscheinendem Aussehen, fühlt sich weich elastisch an und fluctuirt deutlich. — Durchziehen einer starken Fadenschlinge, welche geknüpft und liegen gelassen wird. Beim Anstechen der Cyste entleert sich eine stark fadenziehende, honigartige, klare Flüssigkeit, worauf die Wandungen der Cyste allmälig ganz zusammenfallen.

Fig. 3. Sublinguales, knotenförmiges Lymphangiom.

G. H., 40jähriger Arbeiter aus Königsberg, will sonst keine erheblichen Krankheiten durchgemacht haben. Seit seiner frühesten Jugend schwillt ihm von Zeit zu Zeit die Zunge so heftig an, dass er nur mit Mühe und unter heftigen Schmerzen sprechen und essen kann. In der Regel geht die Anschwellung nach wenigen Tagen von selbst zurück; einige Male musste jedoch vom Arzt ein Einschnitt in die stark geschwollene Zunge gemacht werden, wobei sich stets nur Blut entleert haben soll. Den heftigsten Anfall erlitt Pat. vor 9 Jahren. Die Anschwellung der Zunge ging auf den Boden der Mundhöhle über und führte unter Schüttelfrösten und Fiebererregungen bis über 39° zu einer tiefen Phlegmoe mit Glottisoedem. Damals wurden in der Königsberger chirurgischen Klinik ausser mehreren Incisionen in die Zunge die Unterbindung beider Lingualarterien und schliesslich die Tracheotomie gemacht. Aus der Zunge entleerte sich blutig-seröse Flüssigkeit; eine nach mehreren Tagen in der Unterkinngegend gemachte tiefe Incision förderte eitrig-jauchige Flüssigkeit zu Tage. — Seit dieser Zeit will Pat. durch eine Reihe von Jahren frei von erheblichen Beschwerden gewesen sein. Erst vor 2 Tagen schwoll die Zunge abermals an, was den Pat. veranlasste, am 28. II. 90 in der Königsberger chirurgischen Klinik Hilfe zu suchen.

Bei dem kräftig gebauten, mässig genährten Mann ist keine Erkrankung der inneren Organe nachzuweisen. Die ganze Zunge ist leicht angeschwollen, von derberer Consistenz, druckempfindlich. Auf ihrem Rücken und ihrer Unterfläche mehrere sich derb anfühlende Narben. Bei erhobener Zungenspitze kommt eine kirschgrosse Geschwulst zum Vorschein, welche, rechts vom Frenulum, der Unterfläche der Zunge breitbasig aufsitzt und sich in Consistenz und Farbe nicht merklich von der Umgebung unterscheidet. Die Oberfläche der Geschwulst ist durchsetzt von stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen, hell durchscheinenden Bläschen; einzelne derselben scheinen mit dunkler, blutiger Flüssigkeit gefüllt zu sein, Links vom Frenulum finden sich an der correspondirenden Stelle mehrere 2—4 mm hohe, hahnenkammartige Prominenzen, deren Spitze mit ähnlichen Bläschen besetzt sind.

Tafel XXVIII.

---

1. III. 80 Abtragung der Geschwulst mit dem Thermokauter; Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze. Heilung.

Histologischer Befund: Mikroskopisch und makroskopisch zeigen sich in allen Theilen der entfernten Geschwulst kleine Hohlräume der verschiedensten Form, sämmtlich ohne Wandung. Die Geschwulst besteht aus Schleimhaut und derbfaserigem Bindegewebe, durch welches hier und da langgestreckte Muskelprimitivbündel ziehen. Die Hohlräume liegen zum Theil dicht unter dem Epithel. Der Inhalt ist meist geronnene Lymphe, hier und da Blut. An einzelnen Stellen findet sich in der geronnenen Lymphe eine grössere Anzahl von Lymphkörperchen, selten ist der ganze Hohlraum damit erfüllt. Die Form der Hohlräume wechselt zwischen Spaltform und unregelmässig vieleckigen Räumen. Auch im Bindegewebe finden sich häufig, bisweilen grosse, rundliche Anhäufungen von Lymphkörperchen. Hier und da springen Kerne in die Hohlräume vor. An einzelnen Stellen bemerkt man in der Lymphe runde Zellen, beinahe doppelt so gross wie ein gewöhnliches Lymphkörperchen, mit körnigem Inhalt, bisweilen mehrkernig.

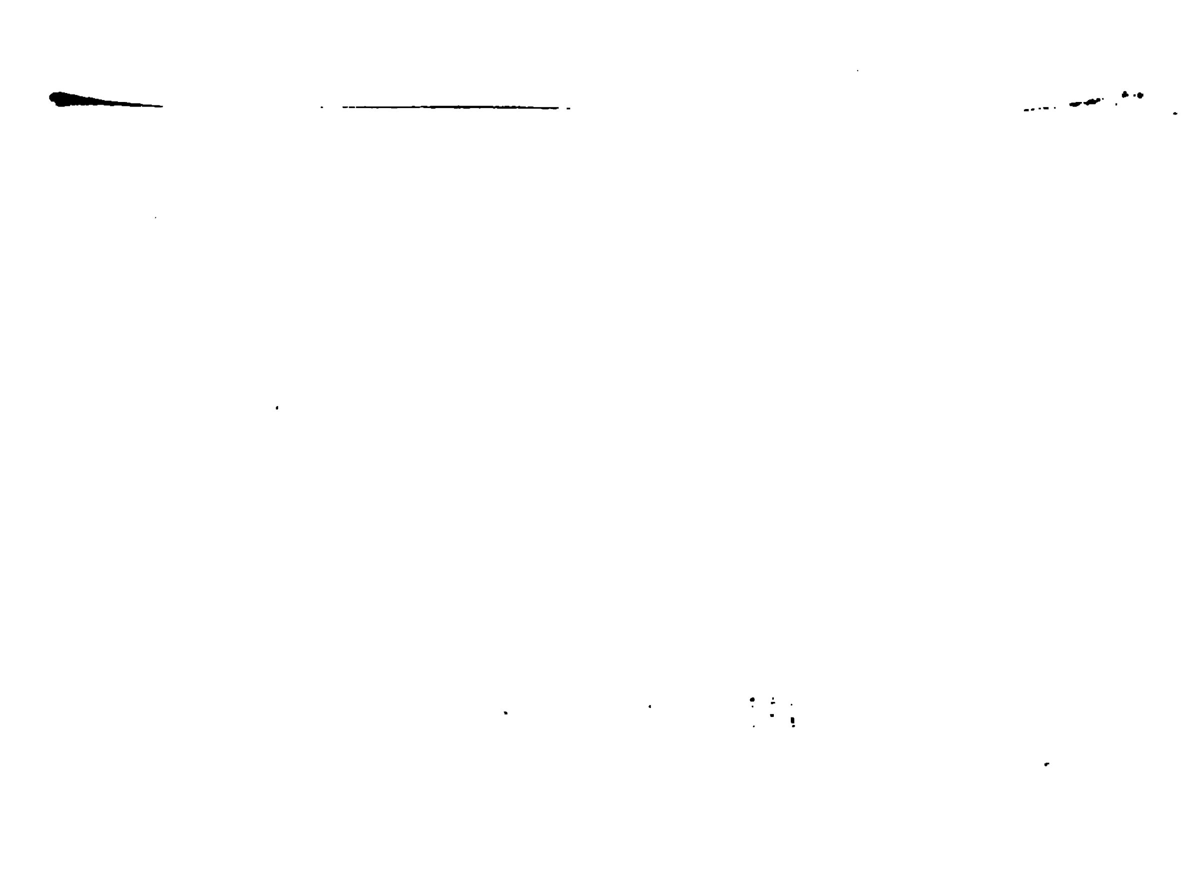


Fig. 1

Fig. 2

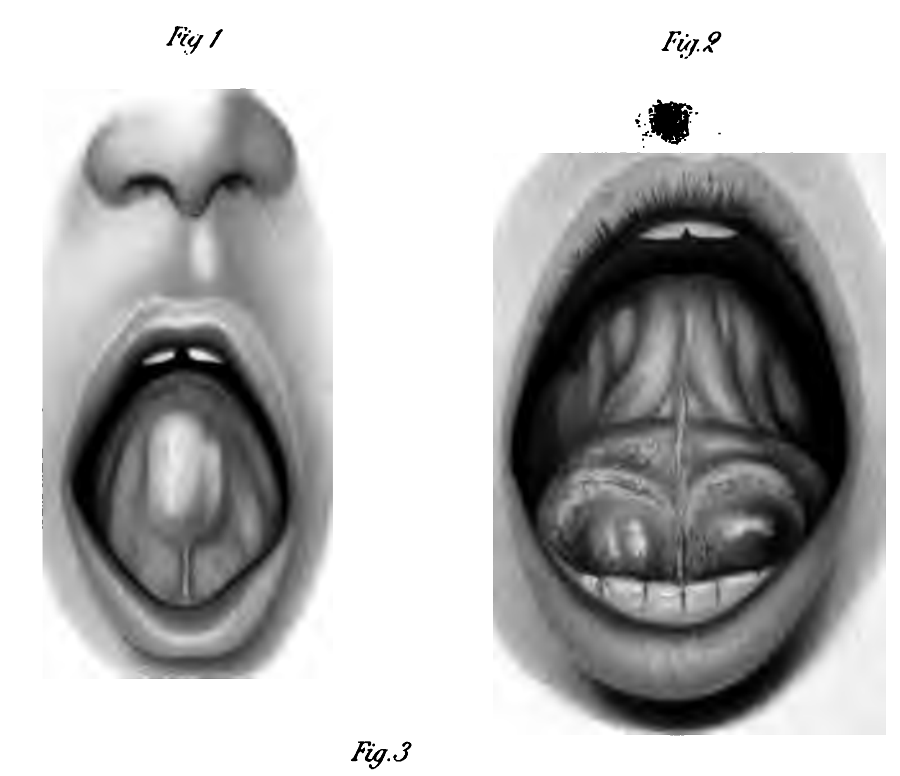


Fig. 3



F. Brauns pinxit.

W. A. Meyer Lith. Inst. Berlin.

Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica: gutartige wandernde Exfoliationen der Zungenschleimhaut, Annulus migrans).

H. B., 21 J. alt, Factor aus Königsberg.

Der kräftig gebaute, im übrigen gesunde, in specie niemals syphilitisch inficirte junge Mensch suchte Anfang Februar 1890 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas wegen seit längerer Zeit bestehender Nasenverstopfung und neuerdigs aufgetretener leichter Heiserkeit Rath.

Objectiver Befund: Rhinitis hyperplastica; Larynxkatarrh mässigen Grades. Im Verlauf der wegen dieser Krankheitszustände eingeleiteten Behandlung fiel am 12. II. 90 die hier abgebildete Veränderung der Zungenschleimhaut auf: zwei runde rothe Flecke, der vordere ca. 10, der hintere ca. 12 mm im grössten Durchmesser haltend; letzterer von einem schneckenförmigen, stellenweise doppeltcontourirten, weisslichen, feingetüpfelten Rande scharf umgrenzt; an dem vorderen Flecke markirt sich nur der hintere Theil des Randes deutlich. Näheres Zusehen lässt erkennen, dass die getüpfelte Beschaffenheit der Randzone durch Aneinanderreihung kleiner, den Papillae foliformes an Umfang entsprechender Erhabenheiten bedingt wird. Auch dem übrigen Zungenrücken geben die, mit gelblichweissem Epithel bedeckten, fadenförmigen Papillen ein chagrinirtes Aussehen; zwischen ihnen treten die Papillae fungiformes in einem mehr röthlichen Colorit hervor; fast Stecknadelkopfgrösse erreichen einige derselben im Bereich des hinteren Flecks.

Zähne gesund, die beiden unteren Weisheitszähne im Durchbruch; während die Krone des rechten aber bereits fast frei liegt, ist die des linken von gewulsteter, an ihrer Oberfläche milchig getrübter Schleimhaut noch grösstentheils bedeckt. An der Wangen-

schleimhaut markiren sich auf beiden Seiten die Eindrücke der Backenzähne. Zahnfleischsaum durchweg ein wenig geröthet. Keinerlei Beschwerden von Seiten der Mundschleimhaut, keine Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung.

Am 16. II. 90 confluiren die beiden Zungen-Plaques mit einander und fehlt auf der linken Zungenseite im Bereich eines entsprechend grossen, etwa halbmondförmigen Bezirks der weissliche Belag. Nach einigen Tagen kann man Abweichungen von der Norm an der Zungenoberfläche nicht mehr ermitteln. Die Erscheinungen eines mässigen Mundschleimhautkatarrhs bestehen bis Mitte April 1890 fort, um welche Zeit erst der Durchbruch des linken Dens sapientiae vollendet ist.

Die Symptome der Laryngitis und der Rhinitis hyperplastica waren durch geeignete Behandlung (Adstringentien, Abtragung der hypertrophischen Partien der Nasenschleimhaut mit der galvanocaustischen Schneideschlinge) schon vorher beseitigt. Der Mundschleimhauterkrankung gegenüber hatte man therapeutische Massnahmen absichtlich unterlassen.

Fig. 2. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Zunge.

E. B., 13 J. alt, Schülerin aus Königsberg.

Im Juli 1889 entwickelten sich bei der bis dahin gesunden Pat. „weisse Blasen in Mund und Hals“, welche nach einer antisyphilitischen Behandlung (4 in 8tägigen Intervallen gemachte Injectionen in die Glutaealgegend, innerlich Jodkalium, örtlich Einpinselungen) im September allmälig verschwanden. Seit etwa 14 Tagen stellten sich wiederum Schmerzen an der Zunge ein, die, besonders beim Essen, ziemlich lebhaft waren.

29. III. 90. Das körperlich und geistig normal entwickelte Mädchen ist das uneheliche Kind einer Arbeiterfrau, welche, wie die Untersuchung ergiebt, selbst gesund ist. Auch bei dem Stiefvater und einer 7jährigen Stiefschwester der Pat. sind Zeichen syphilitischer Erkrankung nicht zu ermitteln. Die Art, in welcher Pat. selbst inficirt wurde, bleibt unaufgeklärt. — An der linken Seite des Zungenrückens die hier wiedergegebenen typischen papulösen Schleimhautsyphilide. Indolente Schwellung der Submaxillar- und oberflächlichen Cervicaldrüsen. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes. Unter innerlichem Gebrauch von Jodkalium und wiederholten Aetzungen mit Argent. nitric. in Substanz heilen bis zum 12. IV. 90 die Plaques der Zungenschleimhaut. Die Drüsenschwellung persistirt jedoch und verschwindet erst nach mehrwöchentlicher Behandlung mit mercuriellen Frictionen (15 à 2,0).

Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.

B. B., Dienstmädchen, 23 J. alt, aus Königsberg.

Seit 4 Jahren Durchfälle, Husten und allmälige Abmagerung. Keine hereditäre Belastung. Beschwerden von Seiten der Zunge stellten sich im November 1889 ein.

28. III. 90. Schwächlich gebautes Mädchen von zarter Hautfarbe. Klage über Brennen am vorderen Theil der Zunge; dieses Brennen ist dauernd in mässigem Grade vorhanden, steigert sich aber bei der Nahrungsaufnahme, besonders beim Geniessen compacter und stark gewürzter Speisen zu unerträglicher Heftigkeit.

An der vorgestreckten Zunge fällt etwa in der Mitte des Zungenrückens eine geröthete Zone von der Form eines W auf. Die leicht convexen äusseren Schenkel dieses W sind ungefähr 22 mm lang; die grösste Breite des rechten beträgt 5, des linken $3^1/_2$ mm. Der Scheitelpunkt der nur etwa 8 mm langen, fast rechtwinklig convergirenden inneren Schenkel entspricht der Medianlinie der Zunge. Im Bereich dieser gerötheten, sich von der Umgebung

Tafel XXIX.

ziemlich scharf abgrenzenden, aber mit ihr in demselben Niveau liegenden Partie markiren sich eine Anzahl vergrösserter Papillen. Ungefähr parallel dem soeben beschriebenen W verläuft, dasselbe umschliessend, eine in ganz analoger Art afficirte zweite Zone. Ihre äusseren Schenkel werden von den Zungenrändern gebildet, die inneren stossen nicht winklig zusammen, sondern bilden einen flachen Bogen, dessen concave Seite 8—10 mm von der Zungenspitze entfernt bleibt. Auch in dem nicht gerötheten Theil der Zungenspitze fallen hypertrophische Papillen auf.

Eine unregelmässig streifen- und fleckweise Röthung zeigt die Unterfläche der Zungenspitze. Die übrige, directer Besichtigung zugängliche Zungenschleimhaut ist weiss-röthlich gefärbt, anscheinend von normalem Epithel gedeckt. Bei der glossoskopischen Untersuchung der Zungenwurzel erscheinen die Gefässe derselben etwas dilatirt. Sonst keinerlei Veränderung an den oberen Theilen des Respirations- und Digestionstractus. Herabsetzung der Geschmacksempfindung nicht zu constatiren.

Percussionsschall oberhalb der rechten Supraclaviculargrube gedämpft; daselbst unbestimmtes Athmungsgeräusch, mittelgrossblasige, theils klanglose, theils consonirende Rasselgeräusche. — Faeces gelblich gefärbt, dünn, enthalten viel Schleim und, wie die mikroscopische Untersuchung lehrt, auch Botriocephalus-Eier.

Unter Behandlung der Zungenaffection mit lauwarmen Ausspülungen (Sol. Natr. bicarbonic., mit Milch gemischt) und mehrmals täglich ausgeführten adstringirenden Einpinselungen (Sol. Acid. Tannic. in Glycerin [1:10]) lässt im Verlauf der nächsten Wochen die Röthung etwas nach. Auch tritt das Brennen in schwächerem Grade und nur noch beim Essen auf.

Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica; gutartige wandernde Exfoliationen der Zungenschleimhaut, Annulus migrans).

Fig. 2. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide Plaques muqeuses) der Zunge.

Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.







Fig. [illegible]

Fig. 2 [illegible]

Fig. 3. [illegible]

Tafel XXIX

Fig. 1

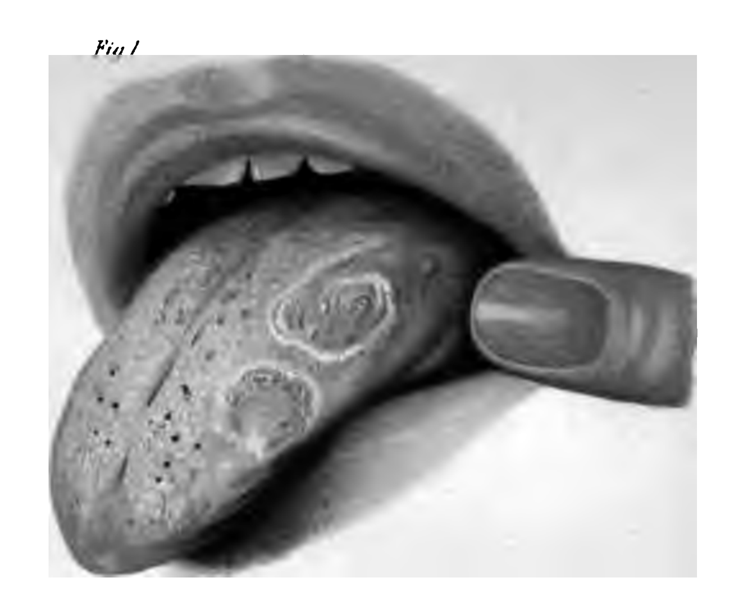


Fig. 2



Fig. 3



W.A. Meyn, Lith. Inst. Berl.

Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.

M. N., 34 J. alt, Arbeiterfrau aus Königsberg.

Pat. machte als Kind die Masern durch; sonst will sie stets gesund gewesen sein, insonderheit an Hautausschlägen nie gelitten haben. 1884 verheirathete sich Frau N. und wurde Mutter zweier Kinder, von denen das eine zur Zeit 4, das anderere 1 J. alt ist. Am 4. VII. 90 erkrankte Pat. unter Hitze und Frost, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit; vor allem aber wurde sie durch brennende Schmerzen an der Zunge belästigt, deren Oberfläche sich an diesem Tage bereits mit mehreren, etwa erbsengrossen Bläschen bedeckt zeigte. Im Verlauf der beiden folgenden Tage kamen noch neue Erhabenheiten hinzu; die frisch entstandenen waren nur stecknadelkofpgross, erreichten aber innerhalb von 12 bis 24 Stunden mindestens den doppelten Umfang. Am 6. VIII. 90 suchte Frau N. bei Herrn Dr. Sembritzky Rath, der sie der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas zuwies.

6. VII. 90 Morgens: Blass aussehende, schwächlich gebaute Frau. Sie klagt über Brennen auf der Zunge, Appetitlosigkeit und Mattigkeit. Temperatur: 36,3 C., Pulsfrequenz 90.

Tafel XXX.

Am Zungenrücken finden sich etwa 10 stecknadelkopf- bis stark erbsengrosse rundliche Efflorescenzen, die sich $\frac{1}{2}$—3 mm über das Niveau ihrer Umgebung erheben. Die Decke derselben ist von opaker, milchig-weisser, im Centrum mehr gelblicher Farbe. An den mittelgrossen Papeln im Centrum eine flache Delle. Berührung der Erhabenheiten ist nicht besonders empfindlich; auf Nadelstiche erfolgt kein Austritt von Flüssigkeit. In der nächsten Nachbarschaft der beschriebenen Plaques fällt eine etwas stärkere, nach der Peripherie hin allmälig erlöschende Röthung der Schleimhaut auf. — An der Innenfläche der Unterlippe, dem medialen linksseitigen Schneidezahn gegenüber, eine ähnliche ca. 3 mm im Durchmesser haltende weiss-gelbliche Papel. Zahnfleischpyramiden im Bereich der unteren Schneide- und Eckzähne in mässigem Grade geschwollen und livid-röthlich verfärbt. Am unteren Rande der Zahnkronen ein gelblicher, rahmähnlicher Belag. Druck auf die entzündeten Partien der Gingiva ist schmerzhaft und führt zum Hervorquellen eines, dem eben erwähnten Belag ähnlichen Secrets. Etwas Salivation. Mässiger Foetor ex ore. Eine erheblichere Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung lässt sich nicht constatiren. Links einige etwa haselnussgrosse Cervicaldrüsen.

7. VII. 90 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Gestern Abend leichtes Fieber (Körpertemperatur 38,3). Schmerzen an der Zunge haben etwas nachgelassen. Allgemeinbefinden unverändert. Sämmtliche gestern constatirten Efflorescenzen haben sich vergrössert, die Randpartien einzelner, einander benachbarter Papeln confluiren. Zugleich erscheint das Aussehen der älteren, umfangreicheren Eruptionen nicht unwesentlich verändert, indem zwischen der centralen Depression und der peripheren Partie der Papel eine Zwischenzone in Form eines 1—2 mm breiten, braun-röthlich getüpfelten Kreises entstanden ist. Auch ist die Umgebung der so veränderten Plaques weniger geröthet als die der kleineren und jüngeren.

8. VIII. 90. Die Oberfläche der älteren Papeln hat ein gleichmässiges, gelb-grünliches käseartiges Aussehen angenommen. Ord.: Mundspülen mit 4% Aq. boric.

9. VIII. 90. Sämmtliche Beschwerden wesentlich geringer als früher. Körpertemperatur normal. Objectiver Befund: An der Stelle der früheren Papeln durchweg runde, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ mm tiefe Erosionen mit geröthetem, fein gezähneltem Rande und eiterbedecktem Grund; Symptome der Gingivitis im Rückgang. Schwellung der Cervicaldrüsen verschwunden.

15. VIII. 90. Pat fühlt sich vollkommen wohl. An einzelnen, früher von grösseren Papeln occupirten Stellen der Zungenoberfläche sind bei genauem Zusehen flache Gewebsdefecte erkennbar, sonst keinerlei krankhafte Veränderungen mehr in der Mundhöhle nachweisbar.

Bacteriologischer und histologischer Befund:

Am 8. VIII. 90 waren zwei der kleineren, wenige Tage vorher entstandenen Efflorescenzen zum Zwecke mikroskopiser Untersuchung excidirt worden. Bei dieser wurde an nach Gram'scher Methode gefärbten Präparaten ein sehr reicher Gehalt an Bacterien konstatirt. Während sich aber in den oberflächlichsten Partien die grössten Massen von solchen finden, nimmt nach der Tiefe hin die Zahl der Mikroorganismen beträchtlich ab. Auch bieten die betreffenden Spaltpilze, theils Coccen, theils Bacillen, in morphologischer Beziehung eine grosse Mannigfaltigkeit dar, ohne dass sich das Prävaliren einer bestimmten Art feststellen liesse.

Bei der histologischen Untersuchung fand man an mit Picrocarmin gefärbten Schnittpräparaten das Epithel stark aufgelockert, von zahlreichen, verschieden grossen Hohlräumen durchsetzt, in welch letzteren gar nicht oder nur schwach gefärbte fädige (fibrinöse) Gerinnsel enthalten waren. Die Zellkerne innerhalb dieser epithelialen Auflagerung, besonders in deren oberen Schichten erscheinen grösstentheils noch gefärbt. Gegen das Stratum papillare hin grenzten sich die in der beschriebenen Art veränderten Epithelien durch zwei oder drei Reihen

feingekörnter, spindelförmiger, in horizontaler Richtung an einander gelagerter, zum Theil mit blassgefärbten Kernen versehener Zellen ab. Die Papillen zeigten sich verbreitert und mit Rundzellen infiltrirt, das Lumen ihrer Blutgefässe war von solchen oft gänzlich ausgefüllt. Auch auf die übrigen bindegewebigen Theile der Schleimhaut setzte sich die kleinzellige Infiltration fort, nahm jedoch nach den tieferen Schichten hin an Dichte ab.

Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.

N. N., 22 J. alt, Nähterin aus Königsberg.

Im October 1888 suchte Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Seit einem halben Jahre treten bei ihr periodisch — in etwa 4—6wöchentlichen Intervallen — an den vorderen Partien des Zungenrandes äusserst schmerzhafte kleine Geschwürchen auf. Man fand ein hereditär in keiner Weise belastetes, niemals syphilitisch inficirtes, hochgradig chlorotisches und unregelmässig menstruirtes Mädchen. Während der 8monatlichen Beobachtungsdauer konnte wiederholt folgender Verlauf der Geschwüre festgestellt werden: Der Beginn einer neuen Eruption macht sich durch Schmerzempfindung an der afficirten Stelle bemerkbar. Letztere markirt sich zuvörderst als ein nur bei genauem Zusehen erkennbarer nadelspitzen- bis nadelkopfgrosser Epitheldefect mit geringer Röthung der Umgebung. Während der nächsten Tage vergrössert und vertieft sich dieser Defect; der Grund desselben zeigt sich nunmehr mit fest anhaftendem, gelben oder gelb-grünlichen Belag bedeckt; gleichzeitig nimmt auch die Röthung der Umgebung zu, es kommt nicht selten im Bereich der entzündlich gerötheten Partien zu einem mässigen Grad von Schwellung. Hat die lokale Veränderung ihre Acme erreicht, was um den 4. bis 5. Tag der Fall zu sein pflegt, so sind gewöhnlich auch die Erscheinungen einer leichten Stomatitis — dicker, weisser Zungenbelag —, Eindrücke an den den Backzähnen entsprechenden Stellen der Zungenränder, leichte Schwellung der Lippen- und Wangenschleimhaut, verbunden mit etwas Salivation, zu constatiren. Ein deutlicher Foetor ex ore fehlt. Die Restitution erfolgt in der Weise, dass sich der Geschwürsgrund reinigt, die Entzündungserscheinungen, sowie auch die subjectiven Beschwerden nachlassen und der Gewebsdefect in ganz unmerklicher Weise gedeckt wird. Am 8.—10. Tag ist der ganze Cyclus abgelaufen. Nicht selten aber kommt es vor, dass bald — einen oder einige Tage — nach der Entstehung einer Efflorescenz sich an einer anderen Stelle der marginalen Partien der Zunge eine zweite, eventuell noch eine dritte sich bildet, und dass nunmehr gleichzeitig zwei bis drei in verschiedenen Entwickelungsstadien befindliche Erosionen (s. Fig. 2) sich präsentiren.

Die Behandlung bestand in innerlichem Gebrauch von Arsen und Eisen (in medicamentöser Form, wie in der des Roncegno-Wassers), in der Anwendung von Mundwasser (Sol. Kal. chloric., Borwasser, Sol. Alumin. acet.) und in Applikation des Argent. nitricum-Stiftes. Die Aetzungen mit letzterem bewirken ein schnelleres Verschwinden der Schmerzen. Im Uebrigen aber gelang es weder den Verlauf der einzelnen Eruptionen in wesentlicher Art zu beeinflussen, noch der Wiederkehr der Affection vorzubeugen. Auch die zeitweise constatirbare Besserung der Chlorose schien in letzterer Beziehung ohne Belang zu sein.

Tafel XXX.

Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.

M. V., 15 Monate alt, Kutscherstochter aus Königsberg.

Pat. wurde der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas am 24. II. 90 mit der ärztlicherseits gemachten Mittheilung überwiesen, dass beide Eltern des Kindes seit einigen Monaten syphilitisch seien. Die Mutter der Pat. gab an, Aborte nie durchgemacht zu haben; das Kind selbst und die 4 Geschwister desselben seien bisher gesund gewesen. Bei ersterem zeigte sich am 19. II. 90 an verschiedenen Körperstellen, besonders am Rumpf, ein aus hirse- bis hanfkorngrossen, mit wässerigem Inhalt gefüllten Bläschen bestehender Hautausschlag. Schon nach 2—3 Tagen verschwanden die betreffenden von der Mutter — wohl mit Recht — für „Windpocken" (Varicellen) gehaltenen Efflorescenzen. Seit dem 21. II. 90 fing das Kind an unruhig zu werden und verweigerte die Aufnahme fester Nahrung.

Befund am 24. II. 90. Sehr gut genährtes, seinem Alter entsprechend entwickeltes Kind. An einigen Hautstellen, die nach Angabe der Mutter dem Sitz der früheren Bläschen entsprechen, kleine, blassrothe, zum Theil ein wenig vertiefte Flecke. Bei der Besichtigung der Mundhöhle sieht man, dass von den Milchzähnen bereits durchgebrochen sind: sämmtliche Incisivi und ein rechter unterer Molar. Gingiva durchweg intensiv geröthet, in der Backzahngegend oben wie unten deutlich geschwollen. Am Zahnfleisch, der Zungenspitze, der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe 4—5 mm im grössten Durchmesser haltende, meist rundliche, theilweise aber auch unregelmässig geformte, blassgelbliche, von einem schmalen, rothen Saum umrandete Flecke. Die Oberfläche derselben liegt im Niveau der umgebenden Schleimhaut; ihre Farbe bleibt nach Abwischen mittelst eines Leinenstückes unverändert. Auf jede Berührung der Mundschleimhaut reagirt das Kind mit lebhaftem Schreien. Starke Salivation. Etwas Foetor ex ore. Mässige Schwellung der Submaxillardrüsen. Die übrigen der Betastung zugänglichen Lymphdrüsen nicht vergrössert.

Behandlung: Einpinselung mit 10%iger Lösung von Borax mehrmals täglich durch die Angehörigen und von 1%iger Solut. Arg. nitric. einmal täglich in der Poliklinik.

8. III. 90. Stomatitis ohne Hinterlassung irgend welcher Folgen abgelaufen; beide oberen Molares durchgebrochen.

Fig. 4. Soor der Mundhöhle.

K. S., 12 Tage alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Der kleine Pat. war sofort nach seiner Geburt einer Arbeiterfrau in Pflege gegeben worden und wurde von dieser mit verdünnter Kuhmilch aus der mit einem einfachen Gummi-Saugpfropf versehenen Flasche ernährt. Seit dem 14. VII. 90 schrie das Kind viel und zeigte weniger Neigung zur Nahrungsaufnahme wie vordem. Man bemerkte an diesem Tage bereits einige weisse Flecke im Munde, dieselben vermehrten sich während der nächsten Tage erheblich, obschon angeblich mehrmals täglich die Mundhöhle mit in Borax-Lösung (1 Theelöffel in 1 Glas Wasser) getauchten Leinenlappen gereinigt wurde.

18. VII. 90 (Tag der Aufnahme unserer Fig. 4). Blass aussehendes, gracil gebautes Kind mit schlecht entwickeltem Panniculus adiposus, schreit viel mit etwas belegter Stimme. Faeces dünn, grün-gelblich gefärbt. Schleimhaut der Mundrachenhöhle mit nadelspitz- bis

stark hirsekorngrossen discreten, stellenweise mit umfangreicheren, unregelmässig geformten kreidig-weissen Auflagerungen bedeckt. Dieselben prominiren über die umgebende, da und dort eine mässige diffuse Röthung zeigende Schleimhaut nur wenig; sie lassen sich leicht z. B. schon durch Abwischen mittelst eines Leinwandläppchens von ihrer Unterlage entfernen, doch kommt es dabei gelegentlich zu geringer Blutung. Diese Auflagerungen sind, wie durch mikroskopische Untersuchung festgestellt wird, ausschliesslich Pilzrasen von Oidium albicans. Reaction des Mundsecretes sauer. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Nachdem sich bis zum 29. VII. 90 noch vereinzelte punktförmige Auflagerungen gezeigt hatten, ist Anfang August an der Mundschleimhaut nichts Abnormes mehr nachzuweisen.

Einige Wochen später Exitus letalis infolge multipler Zellgewebsabscesse.

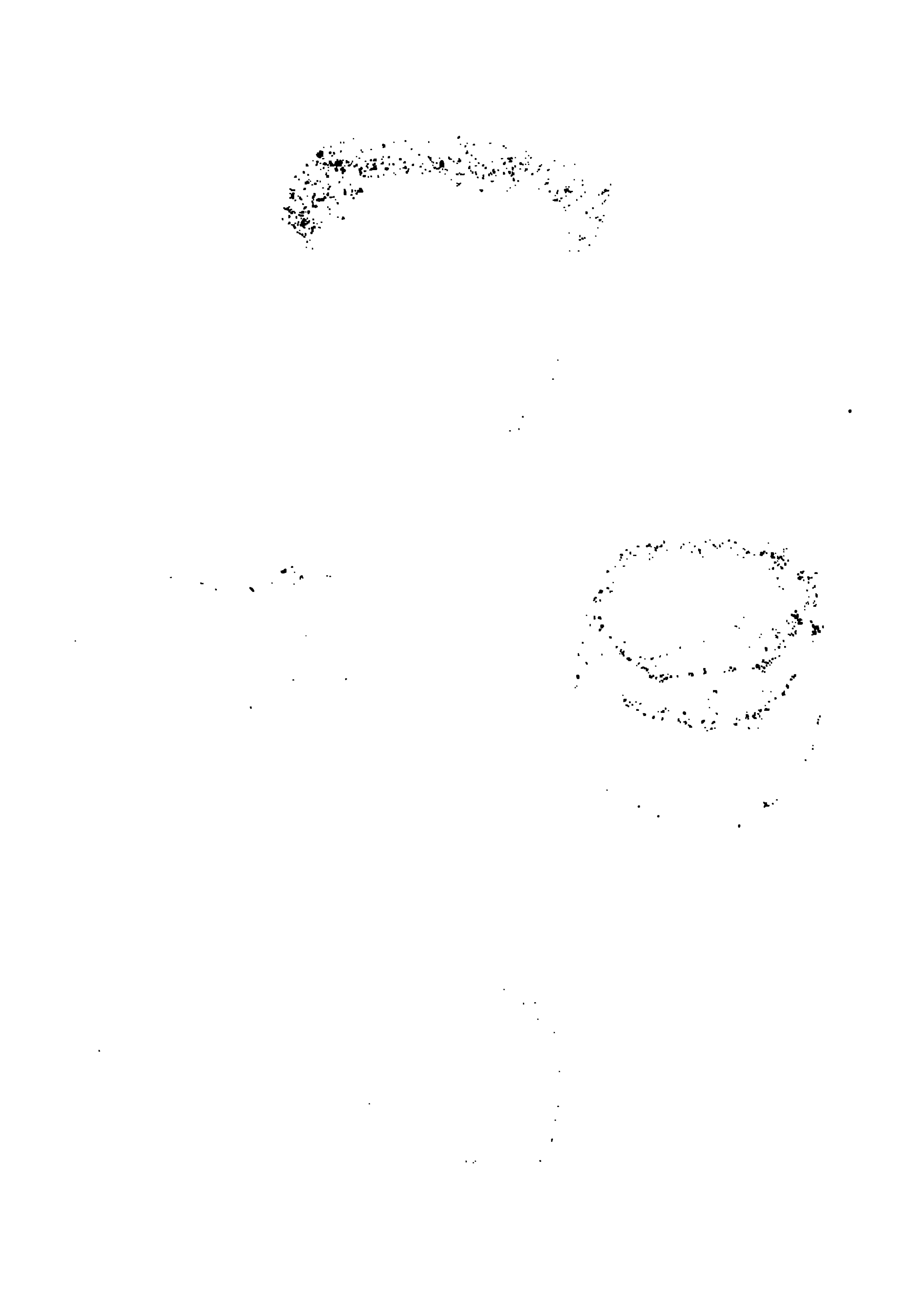
Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.

Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.

Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.

Fig. 4. Soor der Mundhöhle.



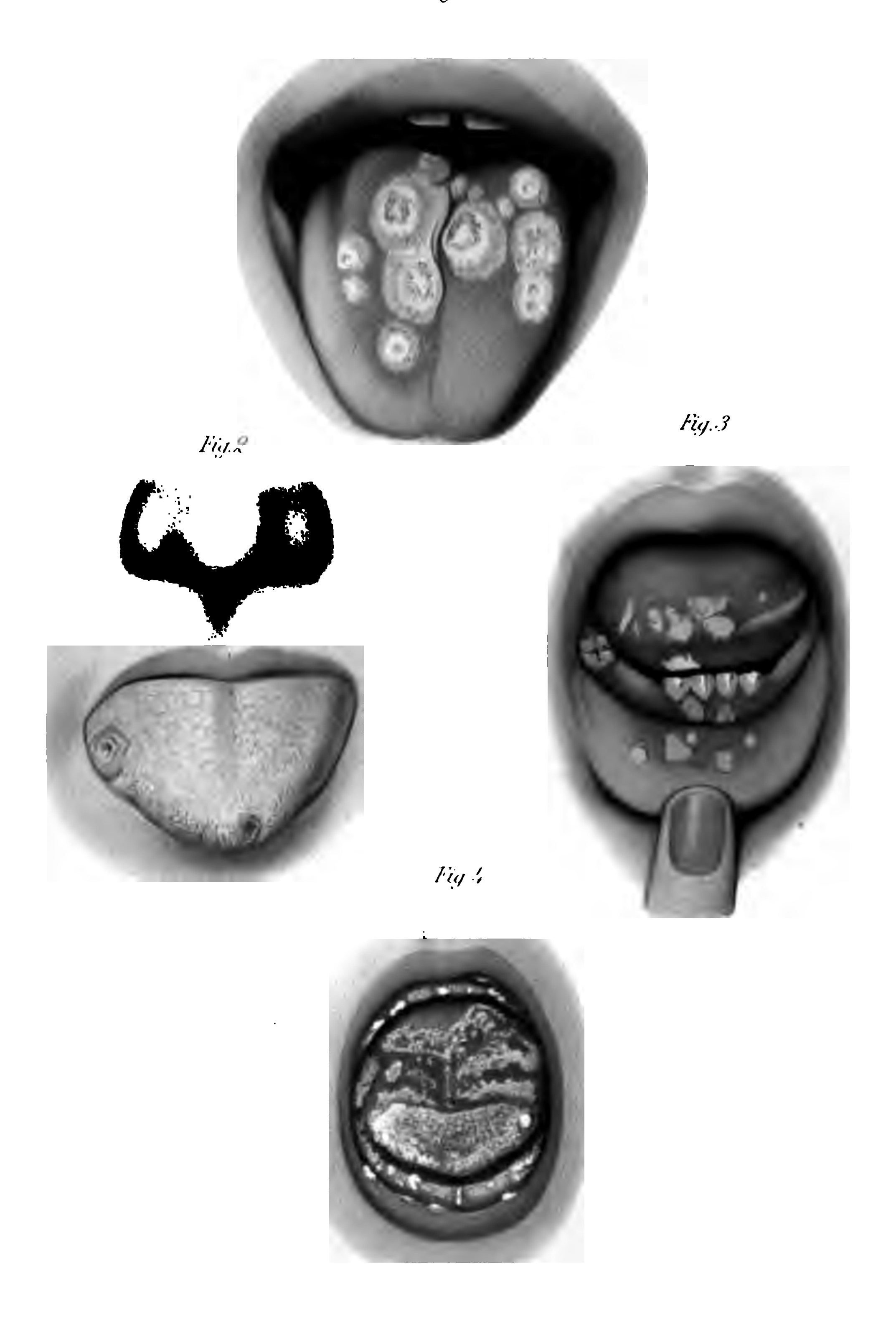


Fig. 1
Fig. 2
Fig. 3
Fig. 4

Tafel XXXI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge mit pinselförmig gewucherten Papillae filiformes (im Anschluss an eine seit 20 Jahren bestehende Leukoplakie).

K. S., 60 J., Postmeister aus österr. Schlesien, bisher stets gesund. Pat. war früher starker Raucher; übermässiger Alkoholgenuss wird in Abrede gestellt. Seit 20 Jahren ist der Zungenrücken von weissen hornigen Flecken eingenommen, welche jedoch keine Beschwerden verursachten; nur hier und da verspürte Pat. Brennen auf der Zunge. Vor mehreren Wochen entwickelte sich „infolge einer scharfen Zahnecke" im vordersten Abschnitt des linken Zungenrandes ein Geschwür, welches sich vergrösserte und allmählich zu dem jetzigen Zustand führte. Ueber besondere Beschwerden hatte Pat. auch in der letzten Zeit nicht zu klagen.

14. III. 86 Aufnahme in Prof. Billroth's Klinik zu Wien. Kräftiger, seinem Alter entsprechend aussehender Mann. Die Zungenspitze ist von der in Fig. 1 abgebildeten Geschwulst eingenommen. Sie präsentirt sich als eine unregelmässig höckerige Verdickung der Zungenspitze, stellenweise exulcerirt, zum grösseren Theil aber von einer verdickten milchweissen Epithellage bedeckt. Ein höchst merkwürdiges Aussehen gewinnt das ganze Bild durch die zusammenhängende Menge colossal (5—15 mm) verlängerter Papillae filiformes, welche in Form weisser Büschel den hinteren und rechten Rand der Geschwulst umgeben. Der grösste Theil des Zungenrückens ist von einer verdickten, milchweissen, matt glänzenden Epithellage bedeckt. Der tastende Finger findet die Zungenspitze von einem härtlichen, nicht gut abgrenzbaren Tumor eingenommen. Im Uebrigen in der Mundhöhle, insbesondere auch an den Zähnen nichts Bemerkenswerthes. — Keine nachweisbaren Drüsen.

Tafel XXXI.

22. III. 86. Keilexcision der erkrankten Partie der Zunge (ohne Unterbindung der Art. ling.); vollständige Naht. — Glatte Heilung. — Weiteres Schicksal des Kranken unbekannt.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithelkrebs. Die früher beschriebenen verlängerten Papillen besitzen einen bis 2 mm langen bis 1 mm dicken, bindegewebigen Grundstock, welcher die in den höheren Lagen verhornten Epithelfortsätze trägt. Zwischen den einzelnen Papillen senken sich mächtige Epithelzapfen in die Tiefe.

Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der Güte des Herrn Hofrathes Prof. Billroth.

Fig. 2. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

K. K., 62jähriger Kaufmann, sonst gesund. Seit einer Reihe von Jahren entwickelten sich ganz allmälig die jetzt bestehenden weissen Flecke auf dem Zungenrücken. Anfangs hatte Pat. keinerlei Beschwerden und schenkte diesem Zustande keine Aufmerksamkeit. Seit 2—3 Jahren leidet er aber an schwer definirbaren schmerzhaften Empfindungen in der linken Zungenhälfte. Während die Berührung und selbst starker Druck der Zunge gar nicht schmerzhaft sind, fühlt er sich beim Sprechen und Essen, überhaupt bei jeder Bewegung der Zunge, durch ein schmerzhaftes Ziehen in derselben behindert. Sehr häufig treten die Schmerzen auch spontan auf, zumal wenn Pat. allein ist; in Gesellschaft vergisst er sein Leiden in der Regel vollständig. Pat. zeigt im Ganzen eine hypochondrische Gemüthsstimmung; in freien Stunden denkt er nur an sein Leiden und bildet sich alle möglichen Krankheiten ein. Er hat zahlreiche Aerzte consultirt, hat verschiedenartige Mittel und Kuren versucht, ohne dauernde Hilfe zu finden. (Leider fehlt im poliklinischen Journal die Angabe, ob Pat. syphilitisch inficirt und ob er Raucher war.)

Am 7. II. 89 stellte sich Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vor. Bei dem gut genährten, seinem Alter entsprechend aussehenden Mann lassen sich sonst keine pathologischen Veränderungen nachweisen. Auf dem Rücken der etwas breiter aussehenden Zunge zeigen sich die in Fig. 2 abgebildeten Flecke; sie sind von milchweisser Farbe, durch zahlreiche, dunkler gefärbte Längs- und Querstreifen deutlich facetirt und zeigen einen eigenthümlichen matten Glanz, wodurch sie sich von der sammetartigen, normal gerötheten Umgebung scharf abheben. Der zart darüberstreichende Finger empfindet deutlich die auffallende Glätte der erkrankten Schleimhautpartie; bei derberem Zufühlen sind dagegen keine Unterschiede in der Consistenz zu finden. Beide Seitenränder der Zunge zeigen leichte Einkerbungen von Zahneindrücken. (Dieselben rühren zum Theil offenbar daher, dass Pat., um die unangenehmen Empfindungen nicht wachzurufen, ängstlich bemüht ist, die Zunge absolut unbeweglich ruhen zu lassen.)

Fig. 3. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

H. R., 56jähriger Kaufmann aus Ostpreussen, war als Kind sehr nervös und zu Ohnmachten geneigt. Als junger Mann litt er häufig an Furunkeln. 1857 acquirirte er einen syphilitischen Schanker und musste sich einer antisyphilitischen Kur unterziehen. Später litt er wiederholt an Geschwüren und Ausschlägen, welche nach Gebrauch von Jodkalium, Decoct. Zittmanni und Quecksilberpräparaten heilten. Vor mehreren Jahren stellten sich heftige Kopfschmerzen, Druck in den Augen und Sehschwäche des linken Auges ein. Die Erscheinungen schwanden nach Gebrauch von Jodkalium. Dieselben Zustände wiederholten sich vor einem Jahre; dazu gesellte sich Gedankenschwäche, Schlaflosigkeit, völlige Unfähig-

keit zu geistiger Arbeit. In dieser Zeit bemerkt Pat. zum ersten Male schmerzhafte Empfindungen in der linken Zungenhälfte beim Essen, Sprechen und allen Zungenbewegungen; bei Besichtigung im Spiegel fand er weisse Flecke auf dem Zungenrücken, welche schon damals einen beträchtlichen Umfang hatten und sich dann allmälig zur jetzigen Ausdehnung vergrösserten.

In diesem Zustande stellte sich Pat. im December 1889 in der Sprechstunde eines der Herausgeber dieser Atlas vor. An dem gut genährten, sonst wohl aussehenden Pat. zur Zeit keine sonstigen krankhaften Veränderungen nachzuweisen (Urin von normaler Beschaffenheit, keine Zeichen florider Lues): am Rumpf und den Extremitäten zahlreiche grössere und kleinere, meist oberflächliche, vielfach pigmentirte Narben. Die Oberfläche des Zungenrückens zeigt linkerseits die in Fig. 3 abgebildete Verfärbung. Ein unregelmässig geformtes Netz von breiteren und schmäleren milchweissen Streifen umschliesst kleine Inseln von mehr oder weniger lebhafter Rosafärbung. Die ganze Partie hat einen matten Glanz; infolge dessen hebt sie sich, von der Seite gesehen, in toto von der normalen, leicht belegten Umgebung der Zungenoberfläche ab. Die Grenzen zwischen normal aussehender und milchig verfärbter Schleimhaut sind verwischt. Bei leiser Berührung, weniger bei stärkerem Druck ist die veränderte Partie empfindlich; am stärksten sind sowohl bei Berührung, als auch spontan die Schmerzen am Zungenrande. Unterschiede in der Consistenz sind bei der Betastung nicht zu finden. — Pat. war bisher starker Raucher; er ist seit 12 Jahren schwerhörig.

Therapie: Innerlich Kal. jodat. und Natr. bromat. ana 1,0 pro die; local Einpinselungen mit Cocainlösungen; häufige Reinigung des Mundes mit leichten antiseptischen Lösungen. Im Verlauf von circa 2 Monaten schwinden alle Erscheinungen fast vollständig; Pat. fühlt sich geistig und körperlich wieder völlig leistungsfähig. Nur der Zustand der Zunge verändert sich wenig; zeitweise verschlimmert er sich sogar, und zwar dadurch, dass am Zungenrande linsengrosse, ganz oberflächliche Excoriationen auftreten, welche besonders schmerzhalt sind; dieselben heilen nach Verlauf von 1—2 Wochen in der Regel spontan. Die Heilung wird durch täglich einmaliges Bepinseln mit Höllensteinlösung beschleunigt. Bis Ende Juli 1890 ist der Zustand im Wesentlichen unverändert geblieben.

Fig. 1



Fig. 2

Fig. 3



Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).

F. T., 63jähriger Landmann aus Ostpreussen, hereditär nicht belastet, bisher stets gesund. Vor 3—4 Wochen verspürte Pat. beim Essen Schmerz am rechten Zungenrande; beim Zufühlen bemerkte er an der schmerzhaften Stelle ein stecknadelkopfgrosses Knötchen. Dieses wuchs seit dieser Zeit stetig und soll nach 2 Wochen wund geworden sein. Erst in der letzten Zeit machte er die Wahrnehmung, dass das Knötchen beim Berühren der scharfen Kante eines schadhaften Mahlzahnes besonders schmerze. Der zu Rathe gezogene Arzt hat mehrfach, jedoch ohne Erfolg, Pinselungen mit Höllenstein vorgenommen.

17. I. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Bei dem sonst gesunden Mann findet sich im hintersten Abschnitte des rechten Zungenrandes ein bohnengrosser, zur Hälfte über das umgebende Niveau hervorragender derber Knoten; dem vorderen Pole entsprechend sitzt ein linsengrosses, kraterförmiges Geschwürchen mit missfarbigem, schmutzig-gelblichem Grunde. Der hintere Rand des Geschwürchens ist aufgeworfen, dunkler geröthet als die Umgebung, der vordere flache Rand von einer zarten jungen Narbe umsäumt. Wird die Zunge vorgestreckt, so correspondirt dem beschriebenen Geschwür der Lage nach genau eine scharfe Kante des cariösen rechten Weisheitszahnes.

Extraction des cariösen Zahnes, Verordnung von Borlösung zur Reinigung des Mundes. — Nach schriftlichem Bericht des Pat. heilte das Geschwür ohne weitere Massnahmen in wenigen Wochen. Die Heilung wurde noch ein halbes Jahr später constatirt.

Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).

A. P., 42jähriger Landmann aus Ostpreussen, will bisher stets gesund gewesen sein. Vor 14 Tagen stellten sich am linken Zungenrande heftige Schmerzen beim Essen und Sprechen ein; Pat. fand an der schmerzhaften Stelle eine umschriebene, bei Druck empfindliche Verhärtung. Diese nahmen rasch an Grösse zu, so dass sich daraus binnen 10 Tagen eine fast taubeneigrosse Geschwulst entwickelte. Nach weiteren 4 Tagen entleerte sich spontan eine geringe Menge blutig-eitriger Flüssigkeit, worauf die Schmerzen nachgelassen haben und die Geschwulst selbst etwas abgeschwollen sein soll.

22. I. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Bei dem mässig genährten, sonst gesund aussehenden Pat. finden sich weder in den inneren Organen, noch sonst irgendwo krankhafte Veränderungen. Am linken Zungenrande, in der Mitte zwischen Zungenspitze und Zungenwurzel findet sich eine fast haselnussgrosse Anschwellung von derber Con-

sistenz; der tastende Finger findet dieselbe gegen die weiche Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt. Das Centrum der Geschwulst ist von einem etwas vertieften, 6—8 mm im Durchmesser haltenden Epitheldefect eingenommen. Der Grund desselben ist von schmutzig graugelbem Gewebe gebildet, seine Ränder sind leicht geröthet und, besonders nach hinten, wallartig aufgeworfen. In der weiteren Umgebung fehlen entzündliche Erscheinungen vollständig. Mässige Druckempfindlichkeit. Die unteren Mahl- und Backenzähne der betreffenden Seite theils fehlend, theils cariös; doch findet sich hier nirgends eine scharfe Kante oder Spitze. — Submaxillardrüsen nicht tastbar.

Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückes ergiebt die Zeichen einer entzündlichen Infiltration ohne anderweitige charakteristische Veränderungen.

Ord.: Bepinselung des „Geschwürs" mit 50 %iger Milchsäure. Pat. wurde mit der Weisung, diese Behandlung zu Hause fortzusetzen, nach wenigen Tagen entlassen. Einem späteren Bericht zufolge trat nach dreiwöchentlicher Behandlung vollständige Heilung ein. Dieselbe wurde noch ein halbes Jahr später von Herrn Dr. Bosse konstatirt; an der betreffenden Stelle war eine Narbe kaum zu erkennen.

Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

A. B., 20jähriger Arbeiter aus Ostpreussen. Bei dem sonst gesunden Pat. entwickelte sich seit 10 Tagen ohne bekannte Veranlassung eine schmerzhafte Anschwellung der Zunge, welche insbesondere den Zungengrund und -Rücken einnahm und das Schlucken und Sprechen erschwerte. Als Pat. am 3. XII. 89 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe suchte. wurde die in Fig. 3 abgebildete Veränderung constatirt: Die Zunge in toto etwas geschwollen; längs der Mitte des Zungenrückens zieht sich fast bis an den Zungengrund eine längliche, flachhöckerige, ziemlich scharf umschriebene Geschwulst; die Schleimhaut darüber an den prominenteren Stellen lebhaft geröthet und gespannt, an einer kleinen umschriebenen Stelle im vordersten Abschnitt gelblich verfärbt. Die bei Berührung mässig schmerzhafte Geschwulst fluctuirt deutlich. Ein in der Mittellinie gemachter Schnitt entleert etwa einen halben Theelöffel gelben, rahmigen Eiters. — Ueber das weitere Schicksal des Pat. konnte nichts eruirt werden.

Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).

Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).

Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

Tafel XXXII

Fig. 1



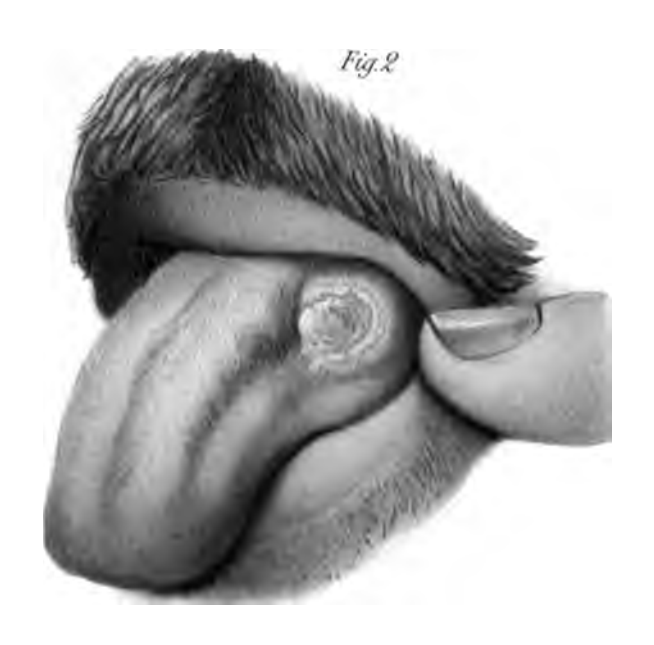


Fig. 2

Fig. 3



umschriebenen Stelle die Papillae filiformes in Form eines weisslichen Rasens deutlich erhalten; daran grenzt eine 1—2 cm breite, unregelmässig begrenzte Partie des Zungenrückens, welche von ganz glatter, etwas verdickter und indurirter Schleimhaut überzogen ist (Narbe). Im Uebrigen stellt der ganze Zungenrücken bis an die Papillae circumvalatae ein flaches Geschwür mit gelblich-grünlichem, missfarbigem Grunde dar, aus welchem sich zahlreiche bis hirsekorngrosse, zum Theil confluirende, blassröthliche Knötchen erheben. Im hintersten Abschnitte des Geschwürs findet sich ein Y-förmiger 10 mm langer Spalt, dessen Grund und Ränder denselben gelblich-grünlichen Belag zeigen. Die gleichfalls geschwürig zerfallenen Zungenränder zeigen tiefe Einschnitte und Einkerbungen. Die Unterfläche der Zunge ist von normaler Schleimhaut überzogen; auch im Uebrigen zeigt die Schleimhaut der Mundhöhle nirgends sichtbare Veränderungen.

13. VI. 90. In der Chloroformnarkose wird die erkrankte Partie der Zunge zunächst energisch mit dem scharfen Löffel abgekratzt; die Geschwürsränder und einzelne am Geschwürsgrunde hängende Gewebsfetzen werden mit der Hohlscheere abgetragen. Dann wird die ganze Wundfläche ebenso energisch mit dem Thermocauter verschorft. Mässige Blutung. Da die Reaction, zumal die Anschwellung der Zunge geringfügig ist, wird Pat. auf eigenen Wunsch nach 3 Tagen in die Heimath entlassen. Es erfolgt innerhalb 4 Wochen vollständige Heilung und Vernarbung.

Fig. 4 bildet die Zunge in geheiltem Zustande 4½ Monate nach der Operation ab.

Mikroskopischer Befund (Dr. Ortmann): Kleinste, durch Excision der Geschwürsränder gewonnene Stückchen der Zungenoberfläche zeigen die subepithelialen Schleimhautschichten durchsetzt von einem Granulationsgewebe; innerhalb desselben Herde von epitheloiden Zellen mit vereinzelten Schüppel-Langhans'schen Riesenzellen. Entsprechend den Geschwürsrändern und dem Grunde fehlt das Epithel: es liegt ein Granulationsgewebe vor, dessen oberflächliche Schicht zum Theil kernfrei, nekrotisirt ist. Gegen die Musculatur der Zunge dringen ebenfalls Herde von Granulationsgewebe; die einzelnen Muskelbündel durch kleinzellig entzündliche Infiltration auseinandergedrängt; in deren Umgebung zahlreiche weite Lymphgefässe. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen, an zahlreichen Schnitten vorgenommen, war erfolglos.

Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge (Gutartige Form). (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar; in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren 4½ Monaten abgebildet.)

Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge. (Gutartige Form.) (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar: in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren $4^{1}/_{2}$ Monaten abgebildet.)

B. Z., 31jährige Kahn-Rhedersfrau aus Ostpreussen, hereditär nicht belastet. Pat. hat als Kind die Masern überstanden, sonst war sie bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund. Sie ist regelmässig menstruirt und hat in 16jähriger Ehe 2 normale Puerperien durchgemacht; ein Kind soll einer Lungenentzündung erlegen sein, das andere ist am Leben und gesund. Im Februar 1887 bemerkte Pat. zum ersten Male an beiden Zungenrändern „Bläschen", welche sich nach einiger Zeit in sehr schmerzhafte „Risse" umwandelten. Da die vom Arzt verordneten Pinselungen und Mundwässer erfolglos blieben, wandte sie sich im October 1887 an einen der Herausgeber dieses Atlas. Bei der gut genährten und gesund aussehenden Pat. sind sonstige krankhafte Veränderungen nicht nachzuweisen; namentlich ergiebt die Untersuchung der Brustorgane einen normalen Befund. An der vorgestreckten Zunge sieht man die in Fig. 1 und 2 abgebildeten Veränderungen. An beiden Zungenrändern finden sich theils quer, theils längs verlaufende, unregelmässig verzweigte und mit einander communicirende Rhagaden, welche die Schleimhaut 2—5 mm tief durchsetzen. Die Ränder sind an einzelnen Stellen scharf, wie ausgenagt; drängt man sie hier auseinander, so kommt ein spaltförmiges, von gelblich-grauem, missfarbigem Gewebe ausgekleidetes Geschwür zum Vorschein; an anderen Stellen sind die Ränder mehr gewulstet, die dazwischen liegende Spalte flacher, stellenweise vernarbt. Beide Zungenränder fühlen sich im Bereiche der Rhagaden derb und verdickt an; sie sind mässig druckempfindlich. — Therapie: oberflächliche Verschorfung der Rhagaden mit dem Thermocauter.

Da auch hiermit nur vorübergehende Besserung erzielt wurde, entzog sich Pat. jeder weiteren ärztlichen Behandlung, obwohl der Zustand sich stetig verschlimmerte und sowohl beim Essen, als auch beim Sprechen, oft auch im Zustande der Ruhe, quälende Schmerzen auftraten. Erst im Juni 1890 entschloss sie sich auf besondere Aufforderung abermals, nach Königsberg zu kommen, woselbst sie in der chirurgischen Klinik Aufnahme fand.

Am 11. VI. 90 wurde daselbst folgender Status notirt: Gutgenährte Frau von etwas anämischer, aber sonst gesunder Gesichtsfarbe. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt vollkommen normale Verhältnisse. Keine Drüsenschwellung. Hämoglobingehalt 70 % (mit v. Fleischl's Hämometer). Die Zunge (Fig. 3) ist im Ganzen erheblich vergrössert, besonders in der Breitenausdehnung; sie fühlt sich derb an. An der Zungenspitze sind an einer kleinen

Tafel XXVIII.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

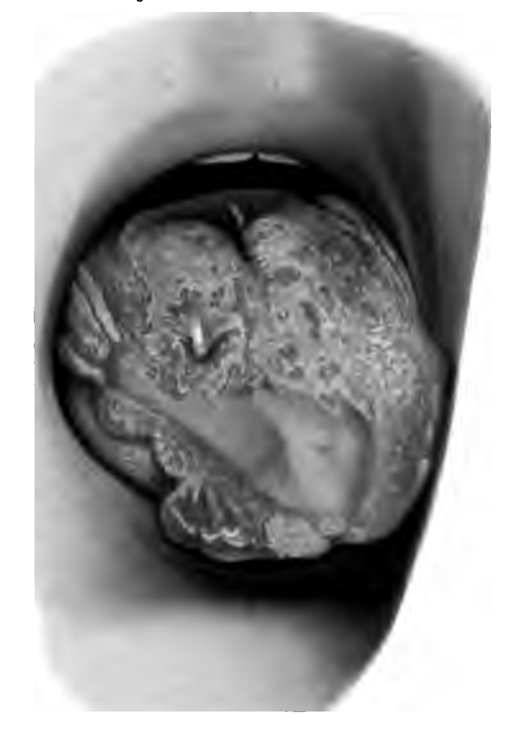


Fig. 4



Braune pinxit.

Lith. Inst.

Tafel XXXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.

L. L., 36 J. alt, Kaufmann aus Russland.

Pat. giebt an, aus gesunder Familie zu stammen; sein Vater starb im Alter von einigen siebzig, seine Mutter im 69. Lebensjahre; vier Geschwister leben und sind gesund. Der Kranke selbst will, abgesehen von einer im Jahre 1883 durchgemachten Gonorrhoe mit rechtsseitiger Epididymitis, bis zum Sommer 1890 gesund gewesen sein. Um diese Zeit erkrankte er unter Kopfschmerzen, Hitze und Frost. sowie Nachtschweissen. Einige Wochen später erst stellte sich eine geringe Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Zunge ein. Diese Erscheinungen steigerten sich während der nächsten Wochen allmälig. Erst nachdem die Schmerzen so heftig geworden waren, dass Pat. sich beim Sprechen, wie bei der Nahrungsaufnahme wesentlich behindert fühlte und seine Nachtruhe durch Brennen im Munde gestört wurde, suchte er ärztlichen Rath; er wurde in seiner Heimath mit Einpinselungen von Sublimat 1:1000, später von Acid. carbol., Acid. tannic. ana 4,0, Glycerin 60.0 behandelt; auch der innerliche Gebrauch von Jodkalium (6.0:180, 3mal täglich einen Esslöffel) war verordnet und eine chirurgische Therapie versucht worden: bezüglich der letzteren weiss Pat. nur mitzutheilen, dass sie in Einstichen bestanden habe, sehr schmerzhaft gewesen sei und den Zustand verschlimmert habe. Anfang November 1890 traf L. L. in Königsberg ein.

Der erste Arzt, dem er sich hier präsentirte, verordnete Sol. Alumin. acet. als Mundwasser. Auf Vorschrift eines zweiten Arztes hat Pat. seit dem 13. XI. 90 Sublimat-Pillen (0.15 Hydrarg. bichlorat. corrosiv. auf 30 Pillen, 3mal täglich 1 Pille) gebraucht und den erkrankten Theil der Zunge mit Balsam. peruvian. eingepinselt; er war mit dem Erfolg dieser Behandlung durchaus zufrieden. da im Verlaufe der letzten Woche die früher vorhandenen Beschwerden sich erheblich besserten.

Am 22. XI. 90 hatte einer der Herausgeber dieses Atlas durch die Güte des Herrn Prof. Jaffe Gelegenheit. den Kranken genauer zu untersuchen. Man fand einen schwächlich gebauten Mann von blasser Gesichtsfarbe. Er gab an. von dem im Munde sich ansammelnden Schleim belästigt zu werden. sonst aber keine besonderen Beschwerden mehr zu haben; sein Appetit und Schlaf liessen nichts zu wünschen übrig. die Nahrungsaufnahme sei nicht mehr mit Schmerzen verbunden. Husten zu haben. stellt Pat. auf Befragen in Abrede. Einen offenbar veränderten, schwerfälligen. lallenden Charakter bietet die Sprache des Pat. dar. Der Mund wird dauernd ein wenig offen gehalten. Die vordere Zungenhälfte um mindestens ein Drittel ihres normalen Umfanges verdickt. überragt mit ihrer Spitze ein wenig die Unterzähne und macht beim Sprechen nur geringe Excursionen. Der Schleimhautüberzug dieser geschwollenen Partie ist tief roth gefärbt, an der Zungenspitze und den angrenzenden Theilen

der Zungenränder von mohnkorn- bis linsengrossen, unregelmässig umrandeten, seichten Geschwüren, oder nadelspitzen-grossen, dicht bei einander stehenden, das Niveau der Umgebung kaum überragenden grauröthlichen Knötchen besetzt. An einzelnen Stellen sieht der Zungenrand wie ausgenagt aus. Am rechten Zungenrande findet sich ein grösseres, ca. 8 mm langes, 4—5 mm breites, 2 mm tiefes Ulcus. Der Grund desselben ist mit gelb-grünlichem, ziemlich zähem Secret bedeckt. Ihrer epithelialen Decke beraubt und in eine diffuse Geschwürsfläche von feingranulirtem, theils hochrothem, theils gelblichem Aussehen umgewandelt ist die gesammte Unterfläche der Zungenspitze, und zwar prävalirt in der Farbe dieser Excoriation an den centralen Partien mehr das rothe, in den peripherischen mehr das gelbliche Colorit. Bei Loupen-Vergrösserung erkennt man, dass auch die Stellen, welche den Totaleindruck einer gerötheten Fläche hervorrufen von zahlreichen ganz feinen, graugelben Pünktchen durchsetzt sind. In der Marginalzone erreichen die gelben Flecke vielfach einen grösseren Umfang und können hier schon mit unbewaffnetem Auge erkannt werden; da und dort confluiren sie mit einander oder sind doch in so grosser Zahl vorhanden, dass man erst bei genauerer Betrachtung wahrnimmt, dass die betreffenden, im ersten Augenblick gleichmässig gelb erscheinenden Flächen sich aus Einzelinfiltraten zusammensetzen.

Gegen die noch mit Epithel bedeckte Schleimhaut grenzt sich die Ulceration an ihren hinteren und unteren Theilen mit einem schmalen, landkartenartig ausgezackten, nicht erhabenen, gelben Saume ab. Frenulum linguae und Schleimhaut des Mundbodens geröthet und in mässigem Grade geschwollen. — Am hinteren Theil der Zunge keine Veränderung. Auch die sonstige Untersuchung der Mundrachenhöhle, sowie die laryngoskopische Besichtigung des Kehlkopfinnern ergiebt nichts Abnormes. Rechts einige haselnussgrosse Cervicaldrüsen; die übrigen der Palpation zugänglichen Lymphdrüsen nicht vergrössert.

Bei der Untersuchung der Lungen wird in der rechten Supraclaviculargrube und ebenso in der rechten Fossa supraspinata eine deutliche Dämpfung constatirt, hinten setzt sich dieselbe in schwächerem Grade bis in die Höhe des 5. Brustwirbels fort. Die Auscultation ergiebt rechts vorn oben unbestimmtes, rechts hinten oben deutlich bronchiales Athmen. Im 2. Intercostalraum bei tiefer Inspiration zeitweise Blasenspringen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes. — Von dem Belag des an der Unterfläche der Zunge befindlichen Geschwürs wird mit einem kleinen scharfen Löffel etwas abgekratzt und mittelst des Deckglastrockenpräparatverfahrens in bekannter Weise auf Tuberkelbacillen untersucht. Dabei zeigt es sich, dass solche in nicht unbeträchtlicher Zahl in den Gewebspartikelchen der betreffenden (mit Carbolfuchsin und Methylenblau gefärbten) Präparate enthalten sind, während im Mundschleim sich Tuberkelbacillen nicht auffinden lassen.

Leider entzog sich der Kranke der weiteren Beobachtung.

Fig. 2. Serpiginöses Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhlen, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).

R. H., 45 J. alt, Gastwirthin aus Königsberg.

Früher stets gesund, hereditär nicht belastet; seit 12 Jahren in kinderloser Ehe verheirathet. Aborte hat Pat. nie durchgemacht. Im Frühjahr 1888 wurde Frau H. von ihrem Ehemann mit Syphilis inficirt; die ersten Krankheitserscheinungen bestanden in Kopfschmerzen, rheumatoiden Schmerzen in den Knochen, besonders im Brustbein, Wundsein an den Geschlechtstheilen, Hautausschlag im Gesicht und an der Volarfläche der rechten Hand. Der zu Rath gezogene Arzt verordnete Bäder, sowie Einreibungen und örtliche Behandlung. Der Zustand besserte sich im Verlauf der Kur, doch traten bald darauf neue Krankheitserschei-

Tafel XXXIV.

nungen an der Haut und in der Mundrachenhöhle auf, die unter wiederholter Anwendung von Mercurialien (Einreibungen, Pillen) zwar verschwanden, jedoch nach kurzer Zeit wieder kehrten.

Am 19. IV. 89 suchte Pat. zum ersten Male bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand eine kräftig gebaute, mässig genährte, blass aussehende Frau. Patientin klagt über starke Halsschmerzen, die sich bei der Nahrungsaufnahme steigern und seit einigen Wochen die Aufnahme fester Nahrung unmöglich machen. Die Untersuchung ergab als Ursache dieser Beschwerden das Vorhandensein eines etwa 50 Pfennigstück-grossen, ziemlich tiefen, steilrandigen Geschwürs am Velum, nahe der Wurzel des Zäpfchens. Der Grund der Ulceration war mit eitrigem Belag bedeckt, seine Umgebung geröthet und geschwollen. Ausserdem bestand ein impetiginöses Syphilid der Kopfhaut und Polyadenitis. Unter energischer, wochenlang fortgesetzter allgemeiner und örtlicher Behandlung (Innunctions-Kur, Jodkalium, Einpinselung mit Sublimatlösung) heilte allmälig die Ulceration am weichen Gaumen, wie der Ausschlag der Kopfhaut, erstere mit Hinterlassung einer flachen Narbe. — Nach einigen Monaten (im Herbst 1889) stellte sich Pat. jedoch von Neuem mit einer rechts von dem geheilten Geschwür befindlichen flacheren und unregelmässiger begrenzten Ulceration am hinteren Theil des Velums vor. Behandlung: Innunctions-Kur und Jodkalium, örtlich: Einpinselung mit 15 %igem Menthol-Oel und nachfolgende Jodoform-Insufflation. Heilung erfolgte erst nach etwa 8 Wochen.

Im Laufe der nächsten Monate neue hartnäckige Geschwürsprocesse im Bereich der rechtsseitigen Gaumenbögen, dann der rechten Seite des Zungengrundes, und zwar der Art, dass, wenn der Process an einer Stelle abgelaufen war, er an der anderen von Neuem auftauchte. Seit Herbst 1890 zeigte fast der ganze hintere Theil der Zunge krankhafte Veränderungen, die sich nunmehr nicht blos als Geschwürsbildung, sondern ausserdem in der Form röthlicher, hirsekorn- bis linsengrosser Erhabenheiten von körnigem Gefüge an der Zungenoberfläche präsentirten. Im November 1890 wurden einige solche Excrescenzen excidirt und dem pathologischen Institut der Universität zur histologischen Untersuchung übergeben. Der Befund war: Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne reichlicheren Gehalt an epithelioiden Zellen. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen lieferte ein vollkommen negatives Resultat.

Uebrigens nahm Pat. seit dem Frühjahr 1890 ärztlichen Rath nur in sehr unregelmässiger Weise in Anspruch, gebrauchte jedoch, wenn ihre Schmerzen zu unerträglich wurden, auf eigene Hand Jodkalium; Besserung der Beschwerden pflegte der Anwendung dieses Medicaments stets zu folgen.

25. IV. 91 (Zeit der Aufnahme unseres Bildes). Das Allgemeinbefinden der Pat. lässt — abgesehen von den wiederum vorhandenen „Schmerzen im Munde und Halse“ — nichts zu wünschen übrig. Gesichtsfarbe zur Zeit frisch; Panniculus adiposus gut entwickelt. Zungenspitze von normalem Aussehen; am vorderen medianen Theil der Zungenoberfläche eine unregelmässig begrenzte, mit gelbem Belag bedeckte, flache Ulceration; nach Abtupfen des Secretes zeigt der Geschwürsgrund ein grau-röthliches, fein-höckeriges Aussehen, am vorderen Theil der Zungenoberfläche rechterseits zwei mit transversalen Seitenabzweigungen versehene, in vorwiegend sagittaler Richtung verlaufende, nach hinten convergirende, ulceröse Furchen. Ihre Ränder sind stellenweise wulstig verdickt, grösstentheils jedoch steil und mit gelben Auflagerungen umsäumt. — Weiter rückwärts bieten die medianen Partien der Zungenoberfläche ein hügeliges Aussehen dar; dasselbe ist bedingt durch eine Anzahl linsen- bis erbsengrosser Prominenzen, welche die Raphe der Zunge zu beiden Seiten umgeben. Diese Erhabenheiten zeigen die Farbe normaler Schleimhaut; ihre Consistenz ist mässig derb. Am hinteren Theile des Velums rechterseits, sowie an den rechtsseitigen Gaumenbögen ist die Schleimhaut atrophisch, von sehnig gefärbten Narbenzügen durchsetzt.

Tafel XXXIV.

Glossoskopisch wird constatirt, dass die Zungenschleimhaut bis nahe an die Epiglottis hin, besonders linkerseits in mehr diffuser Weise verdickt und oberflächlich stellenweise ulcerirt ist. Submentalgegend und Submaxillargegend auf Druck empfindlich, Anschwellung daselbst nicht deutlich nachweisbar; rechts unten eine bohnengrosse Cervicaldrüse. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

26. 4. 91. Die exulcerirten Partien der Zunge werden mit dem scharfen Löffel ausgeschabt und darauf mit dem Thermocauter verschorft. Die mikroskopische Untersuchung der durch das Evidement entfernten Massen im pathologischen Institut ergiebt auch diesmal nicht den geringsten Anhaltepunkt für die Diagnose einer Schleimhauttuberculose.

9. VI. 91. Nach Gebrauch von 40 grm Jodkalium sind die Ulcerationen grösstentheils geheilt und dementsprechend die Beschwerden verringert.

Fig. 3. Tuberculose der Zunge.

Die vorliegende Abbildung fand sich in der Sammlung der Königlichen chirurgischen Klinik zu Königsberg mit der Bezeichnung: „Tuberculose der Zunge" (No. 218, Otto Prang), sie stammt aus der Zeit des Herrn Geheimen Medizinalrath Prof. Schoenborn. Leider gelang es nicht, die Krankengeschichte oder anderweitige Aufzeichnungen über den Fall aufzufinden. Trotzdem glaubten wir nicht auf die Wiedergabe des Bildes verzichten zu dürfen, da es sich um einen typischen und diagnostisch unzweifelhaften Fall handelt.

Tafel XXXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.

Fig. 2. Serpiginöses Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhle, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).

Fig. 3. Tuberculose der Zunge.



Tafel XXXIV

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 1-2 ... pinxit

... Lith. Inst. Berlin

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge. (Schwarze Haarzunge.)

S. M., 4jähriges Mädchen aus Krakau.

Pat. war bis auf einen leicht verlaufenden Keuchhusten bisher gesund. Vor 8 Tagen bemerkte die Mutter auf dem Zungenrücken des Kindes einen schwarzen Fleck, welcher sich in den nächsten Tagen rasch vergrösserte. Als Pat. am 8. VII. 90 in der chirurgischen Klinik zu Krakau vorgestellt wurde, bot die Zunge das in Fig. 1 wiedergegebene Bild dar. Die tintenschwarz gefärbte Partie des Zungenrückens erhebt sich um wenige Millimeter wie ein niedriger, scharf begrenzter Rasen über das umgebende Niveau. Der Rasen wird von borstenartigen, dicht an einander gereihten, bis $^1/_2$ cm langen, nach vorn gerichteten Fäden gebildet. Diese lassen sich an den Rändern des Rasens mit der Sonde leicht abkratzen. — Es werden Waschungen mit Kali chloricum-Lösung verordnet; unter dieser Behandlung schwindet der Fleck in wenigen Tagen. Nach Angabe der Mutter soll sich nach einigen Monaten an derselben Stelle ein mehr bläulicher Fleck gezeigt haben, der nach einigen Waschungen mit Kali chloricum rasch wieder verschwand. Später hat sich der Zus[illegible]and nicht wiederholt. Bei einer Untersuchung am 27. II. 91 konnte constatirt werden, dass an der betreffenden Stelle die Papillae filiformes stärker als normal entwickelt sind.

Die mikroskopische Untersuchung der abgeschabten Massen ergab, dass die schwarzgefärbte Substanz in der Hauptmasse aus Epithelien besta[illegible] [illegible]elche einen handschuhförmigen Abguss der hypertrophischen Papillen darstellten. Aus[illegible]em fanden sich verschiedene Mikroorganismen, unter anderen Mycelien, welche jedoch [illegible]its Charakteristisches darboten. Culturen wurden nicht angelegt.

(Die Abbildung und Krankengeschichte des Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Dr. Rydygier in Krakau.)

Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.

A. P., 24 J. alt, Bäuerin aus Ostpreussen.

Ohne bekannte Ursache entwickelte sich vor etwa 3 Monaten ein stecknadelkopfgrosses Knötchen auf dem Zungenrücken. Es wuchs von da an beständig bis zur jetzigen Grösse. Die Geschwulst war stets schmerzlos und hinderte weder beim Essen noch beim Sprechen. Nur kam es leicht zu ziemlich starken Blutungen, wenn der Knoten bei unvorsichtigen Kaubewegungen durch die Zähne verletzt wurde. Aus diesem Grunde suchte Pat. Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg.

10. II. 90. Circa 1 cm hinter der Zungenspitze sitzt auf dem Zungenrücken pilzförmig eine flache Geschwulst von etwa 1$^1/_2$ cm Querdurchmesser. Sie erhebt sich im Ganzen 1 cm über den Zungenrücken; ihre Oberfläche ist uneben, von einem dicken weisslich-grauen Belag

überzogen; die Ränder an einzelnen Stellen leicht eingekerbt. An dem kurzen, etwa 5 mm im Durchmesser haltenden Stiel lässt sich der Knoten nach allen Richtungen wenden. Consistenz derb. Ein innigerer Zusammenhang des Knotens mit der tieferen Zungensubstanz ist durch Palpation nicht nachzuweisen. — Abtragung der Geschwulst an der Basis des Stiels. Verschorfung der Wundfläche mit dem Thermocauter.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

M. F., 29 J. alt, Landarbeiterin aus Galizien, verheirathet.

Pat. hat 3mal geboren; sie war bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund. Vor 3 Jahren entdeckte sie zum ersten Male auf der linken Seite der Zunge, unweit der Spitze, eine weiche, nicht schmerzhafte Geschwulst, welche seit dieser Zeit nur wenig an Umfang zunahm. Ausser einer leichten Behinderung beim Essen und Sprechen hat Pat. keinerlei Beschwerden.

6. VII. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Krakau. Gut gebaute und genährte Frau; innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Links von der Spitze sitzt dem Rande und Rücken der Zunge eine fast hühnereigrosse Geschwulst von gleichmässig glatter Oberfläche auf. Sie sitzt breitbasig auf und hat die linke Zungenhälfte in die Länge gezogen, erscheint aber gegen die normale Zungenpartie scharf abgegrenzt. Der längste Durchmesser beträgt etwa 6 cm. Die bedeckende Schleimhaut ist von fast normalem Aussehen, nur deutlich verdünnt und heller roth gefärbt als die normale Umgebung. Die Dorsalfläche trägt gut erkennbare Papillen, nur in spärlicherer Menge als in der Norm. Hier und da sind feine oberflächliche Venen sichtbar; an einer 5 Pfennigstück-grossen Stelle ein frisches Extravasat. Der Schleimhautüberzug der Geschwulst ist wenig gespannt und lässt sich leicht in Falten erheben. — Die Geschwulst selbst ist von gleichmässig weicher Consistenz und fluctuirt deutlich.

18. VII. 90. Unter Cocainanästhesie Exstirpation der Geschwulst, welche sich leicht ausschälen lässt. Der wenig gelappte Tumor erweist sich als einfaches Lipom.

(Die Abbildung (Photographie) und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir gleichfalls der Freundlichkeit des Herrn Prof. Dr. Rydygier in Krakau.)

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge. (Schwarze Haarzunge.)

Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

Tafel XXXV



Fig 1 Elyan, Fig 2 H. Browne pinxit. Fig 3 nach einer Photographie.

W. A. Meyer Lith. Inst. Berlin.

Tafel XXXV



Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelcarcinom der Zunge.

M. B., 50 J. alt, Arbeiterwittwe aus Memel.

Pat., hereditär nicht belastet, war bis zum Beginn ihres jetzigen Leidens stets gesund. Vor 2 Jahren bemerkte sie ein etwa linsengrosses, hartes, wenig schmerzhaftes Knötchen in der Mitte des rechten Zungenrandes, an einer Stelle, die sie sich schon früher wiederholt an den gegenüberliegenden scharfrandigen Stümpfen cariöser Zähne wundgescheuert hatte. Sie entfernte sich desshalb selbst die betreffenden Wurzeln; trotzdem schwand das Knötchen nicht, sondern nahm ganz allmählich an Grösse zu. Erst in den letzten Monaten begann es rascher zu wachsen. Der zu Rathe gezogene Arzt versuchte durch wiederholte Aetzungen mit Argentum nitricum die Geschwulst zu zerstören, jedoch ohne Erfolg.

16. II. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Mittelgrosse Frau von mittlerem Ernährungszustand und schlaffer Musculatur. In den inneren Organe keine nachweisbaren Veränderungen. Der Mitte des rechten Zungenrandes entsprechend findet sich eine flache, ca. 3 cm im Längsdurchmesser, 2 cm im Querdurchmesser haltende Geschwulst. Sie erhebt sich mehrere Millimeter über das umgebende Niveau der Zunge; ihre scharfen Ränder heben sich pilzartig von der gesunden Nachbarschaft ab. Die Oberfläche der Geschwulst erscheint uneben, stellenweise oberflächlich zerklüftet; an einzelnen Stellen ist sie leicht exulcerirt, sonst von einem gequollenen, milchig-weissen Epithelüberzug bedeckt. Dem tastenden Finger stellt sich die Geschwulst als eine platte, derbe Masse dar, welche mehrere Millimeter in die Tiefe der Zungensubstanz und auch der Fläche nach über die sichtbaren Grenzen reicht, aber ziemlich scharf abzugrenzen ist. — Lymphdrüsen nicht zu palpiren.

21. II. 90. Präventive Unterbindung der Art. ling. d., Entfernung einiger bis erbsengrosser Lymphdrüsen unter dem Kieferwinkel. Abtragung der Geschwulst mit der Scheere, wobei die Schnitte 1 cm von den Grenzen der Geschwulst entfernt bleiben. Tamponade mit Jodoformgaze. — Glatte Heilung. 5. III. 90 wird Pat. mit rein granulirender Wunde an der Zunge (die Unterbindungswunde ist per primam geheilt) entlassen. — Mikroskopische Untersuchung: Plattenepithelkrebs.

19. XI. 90 ist die Operirte nach dem Bericht des behandelnden Arztes, Hrn. Dr. Gessner in Memel, gesund; weder an der Zunge, noch im Bereich der Unterkieferlymphdrüsen ein Recidiv. — August 1891: ausgedehntes Recidiv im Bereich der Zunge und der regionären Lymphdrüsen.

Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

W. W., 11 J. alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Bei dem sonst gesunden Knaben soll schon in frühester Kindheit ein stecknadelkopf-

grosses Knötchen am linken Zungenrand bemerkt worden sein. Dieses wuchs in den ersten Lebensjahren sehr langsam, in den letzten Jahren etwas rascher bis zur jetzigen Grösse. Die Geschwulst soll zeitweise stärker anschwellen und schmerzhaft werden, um nach einigen Tagen wieder an Umfang abzunehmen. Beschwerden geringfügig.

12. XI. 89 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Normal entwickelter, sonst gesunder Knabe. — Die Zunge erscheint im Ganzen etwas vergrössert. Von der Mitte des linken Zungenrandes aus breitet sich auf den Zungenrücken eine flache, pilzförmig aufsitzende, unregelmässig begrenzte Geschwulst aus von ca. 3 cm Längs- und 2½ cm Querdurchmesser. Sie erhebt sich 3—5 mm über das Niveau der gesunden Umgebung und grenzt sich gegen dieselbe scharf ab. Die Gesammtfarbe der Geschwulst ist blass-rosa, mit einem eigenthümlichen, milchig-trüben Glanz. Sieht man genauer zu, so bemerkt man, dass die Oberfläche mit zahlreichen, grösseren und kleineren papillären Excrescenzen bedeckt ist, welche an ihrer Kuppe kleine, bis stecknadelkopfgrosse, durchscheinende Bläschen tragen. Bei schwacher Lupenvergrösserung erkennt man sie deutlich als kleine, dünnwandige, cystische Gebilde mit klarem Inhalt. (Siehe Fig. 2a.) Der ganze Tumor fühlt sich derb an, scheint mehrere Millimeter in die Zungensubstanz infiltrirt zu sein, lässt sich jedoch mit den Fingern ziemlich scharf abgrenzen. — Nach innen von der beschriebenen Geschwulst, nahe der Mittellinie findet sich am Zungenrücken eine über linsengrosse flache Erhabenheit, welche der tastende Finger als derbes Knötchen palpirt.

21. XI. 89 Abtragung der Geschwulst mit dem Thermocauter. Das zuletzt beschriebene Knötchen wird mit dem spitzen Brenner bis in die Tiefe verschorft. 27. XI. 90. Nach Abstossung der Brandschorfe granuliren die Wundflächen rein. — 3. XII. 89. Geheilt entlassen.

Mikroskopische Untersuchung: Das abgetragene Gewebsstück, welches Schleimhaut, Submucosa und Muskelsubstanz enthält, ist in seiner ganzen Dicke von zahlreichen kleinen, wandungslosen Hohlräumen durchsetzt. Den Inhalt bildet meist eine amorphe, leicht körnige Masse, hier und da auch Blut. An der Oberfläche liegen die Hohlräume häufig zwischen verkümmerten Papillen; meist sind sie nach aussen nur vom Epithel bedeckt. Einzelne grössere Hohlräume enthalten ein Netz von jungem Bindegewebe, in dessen Maschen sich gleichfalls geronnene Lymphe oder Blut findet. In den tieferen Lagen stellenweise reichlichere zellige Infiltration, Die oberflächlichen Hohlräume hier und da von feinen Blutgefässen durchzogen. Das Epithellager ist meist etwas höher als normal, doch nirgends atypisch gewuchert.

Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge.

Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Tafel XXXVI

Fig. 1



Fig. 2



a

K. Brauns pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie), im Zustande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.

L. Sch., $5^3/_4$ J. alt, Kaufmannssohn aus Russisch-Polen.

Der Knabe hat vor $1^1/_2$ Jahren Masern überstanden, sonst war er bis auf das zu beschreibende Leiden gesund. Schon seit der Geburt ist die rechte Zungenhälfte stärker entwickelt als die linke. Beide Zungenhälften wuchsen dann in den ersten Lebensjahren allmälig zu abnormer Grösse heran; da jedoch das Kind keinerlei Beschwerden hatte, beachteten die Eltern die Sache nicht. Erst als vor einem Jahre von Zeit zu Zeit acut eintretende schmerzhafte Anschwellungen der ganzen Zunge sich einstellten, suchte die Mutter ärztlichen Rath. Der Arzt verordnete Einpinselungen der Zunge mit Salicylcollodium (03 : 10,0), jedoch ohne Erfolg. Die acuten Schwellungen kamen nach wochen- und selbst monatelangen Zwischenräumen immer wieder; der einzelne Anfall dauerte 8—10 Tage und verlief unter geringen Fiebererscheinungen. Nach Aussage der Mutter hat die Zunge im letzten Jahre beträchtlich an Umfang zugenommen. Sowohl dieser Umstand, als auch eine neuerdings vor 2 Tagen eingetretene acute Schwellung veranlassten die Mutter, in der Königsberger chirurgischen Klinik Hilfe zu suchen.

30. VI. 90. Gesund aussehendes Kind, dessen innere Organe keinerlei Abweichungen zeigen. Die ganze Zunge, von ihrer Wurzel bis zur Spitze, in allen Dimensionen beträchtlich angeschwollen. Der Mund wird so weit offen gehalten, dass die Zungenspitze die Zahnreihen überragt; fordert man den Pat. auf, die Zahnreihen zu schliessen, so findet die Zunge dahinter gerade noch Raum. Die rechte Seite ist an der Volumszunahme ungleich stärker betheiligt als die linke; die rechte Hälfte der Zungenspitze überragt die linke; die rechte Hälfte des Zungenrückens wölbt sich als eine halbkugelige Geschwulst hervor, welche in der Mittellinie gegen die weniger geschwollene linke Hälfte scharf abgegrenzt erscheint. So entsteht dem Septum linguae entsprechend eine tiefe Furche auf dem Zungenrücken. Zungenspitze und Zungenränder verjüngen sich am freien Rande zu scharfen Kanten, welche unregelmässige Kerben, stellenweise auch flache Geschwüre zeigen (Zahneindrücke). Die Oberfläche des ganzen Zungenrückens ist von fein granulirtem Aussehen. Es zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass die Papillae filiformes meist nur spärlich entwickelt oder verkümmert sind; an deren Stelle finden sich, dicht aneinandergereiht, feinste bis stecknadelkopfgrosse Körnchen, welche einen feuchten Glanz zeigen. Die grösseren sind deutlich durchscheinend und präsentiren sich schon dem freien Auge als feine Bläschen. Bei schwacher

Lupenvergrösserung zeigen alle Körnchen denselben Charakter (vergl. Fig. 1 a und b). Die meisten enthalten eine klare, blassröthlich gefärbte Flüssigkeit; einzelne davon, besonders die am Zungenrand gelegenen sind mit dunkelblau-roth gefärbter Flüssigkeit prall gefüllt. Stellenweise confluiren mehrere der letztbeschriebenen Bläschen und machen hier den Eindruck eines subepithelialen Extravasates. Die ganze Zunge ist von derber Consistenz, bei Berührung ziemlich schmerzhaft. Foetor ex ore. — Pat. ist beim Sprechen und Essen erheblich behindert. — Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik kein Fieber.

Im Verlauf der nächsten Tage bedeckt sich die Zunge stellenweise mit schmutzig-gelblichen, fibrinösen Auflagerungen.

Ordo: Ausspülungen des Mundes mit verdünnter Lösung von Alum. acet., Bestäuben der Zunge mit Jodoform. Nach 14 Tagen sind die acut entzündlichen Erscheinungen vollkommen geschwunden, insbesondere auch die kleinen Extravasate. Die Bläschen zeigen entweder einen ganz klaren, oder nur wenig blutig gefärbten Inhalt.

14. VII. 90. In der Narkose wird aus der rechten Zungenhälfte ein ca. 3 cm langer, 1 cm breiter Keil excidirt und die Wunde durch tiefgreifende Seidennähte geschlossen. Ein kleinerer Keil wird aus der Zungenspitze herausgeschnitten und die Wunde gleichfalls vernäht. Ausserdem werden am Zungenrücken mit dem spitzen Brenner zahlreiche ziemlich tiefgehende Brandschorfe gesetzt. 21. VII. 90 wird noch an einzelnen Stellen oberflächlich cauterisirt. 23. VII. 90 wird Pat. entlassen. Die Zunge hat fast normale Dimensionen; bis auf die letzten Brandschorfe ist Alles geheilt.

Anatomische Untersuchung der excidirten Stücke: Das Zungengewebe ist succulent, feucht-glänzend, rosig-weiss, die bei Druck hervorquellende Flüssigkeit ist hellroth lymphatisch und enthält rothe, sowie weisse Blutkörperchen. Das Gewebe erscheint von feinsten Lücken wie siebförmig durchlöchert.

Das Zungenfleisch setzt sich mikroskopisch aus Bindegewebe und stellenweise atrophischen Muskelfasern zusammen; es ist von reichlichen, mit Endothel ausgekleideten, unregelmässig rundlichen Spalträumen durchsetzt, die grösstentheils leer erscheinen. Einzelne sind mit rothen Blutkörperchen gefüllt, andere dagegen von einer körnigen, amorphen, Leukocyten beherbergenden Masse (Lymphe).

Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.

H. S., 7½ J. alt, Arbeiterkind aus Königsberg.

Schwächliches, oft an Bronchitiden leidendes Mädchen, aus dem Ambulatorium des Docenten Dr. Falkenheim an einen der Herausgeber dieses Atlas gewiesen.

Warzenartige Auswüchse der Zunge sind nach Angabe der Mutter bereits im ersten Lebensjahr bemerkt worden und sollen sich seitdem allmälig vergrössert haben.

Befund am 11. XII. 88. Auf dem Rücken und linken Rande der sonst normal aussehenden Zunge erheben sich die in Fig. 2 wiedergegebenen beetartigen, stellenweise höckerigen Auswüchse. Dieselben überragen das Niveau der umgebenden Schleimhaut um 3—4 mm; ihre Oberfläche zeigt grösstentheils die Farbe normaler Schleimhaut; von etwas lividerem Colorit ist der linke Rand der am Zungenrücken gelegenen Geschwulstmasse. Bei genauerem Zusehen erkennt man an der Oberfläche der Geschwulst feinste bis stecknadelkopfgrosse, blassröthliche, von einem helleren Hof umgebene Erhabenheiten; einzelne dieser Gebilde sind deutlich transparent. An anderen Stellen prominiren abwechselnd theils klar durchscheinende, theils opake, gelblich-weisse Bläschen von ähnlicher Grösse.

Durch glossoskopische Untersuchung wird festgestellt, dass dorsalwärts die Wucherung sich bis auf die Gegend der Papillae circumvalatae erstreckt.

Tafel XXXVII.

Eine am 18. X. 90 ausgeführte Controluntersuchung zeigt, dass in den letzten 2 Jahren keine erhebliche Veränderung in der Form und Ausdehnung der Geschwulst eingetreten ist.

Die anatomische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens ergiebt im Wesentlichen denselben Befund, wie in den anderen hier dargestellten analogen Fällen (vgl. Fig. 1 dieser Tafel, ferner Taf. XXVIII, Fig. 3, Taf. XXXVI, Fig. 2). Im interpapillären Bindegewebe, oft bis dicht an das Epithel heranreichend, in der Tiefe der Mucusa und zwischen den Muskelbündeln finden sich eng nebeneinander wandungslose Hohlräume, von amorpher, körniger Masse erfüllt. Hier und da liegen mehrere Hohlräume so dicht aneinander, dass sie zu confluiren scheinen. Das Bindegewebsstroma meist reich an Rund- und Spindelzellen. Der Epithelüberzug stellenweise hyperplastisch.

Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.

F. B., 57 J. alt, Bauer aus Galizien.

Der hereditär nicht belastete Pat. bemerkte vor einem halben Jahre auf dem Zungenrücken eine Erhabenheit, welche allmälig an Grösse zunahm und zur jetzigen Geschwulst heranwuchs. Dabei hatte er keine Schmerzen oder anderweitige Beschwerden; nur die Sprache ist in letzter Zeit etwas behindert.

12. XII. 84 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Krakau. Schlecht genährter Mann mit schlaffer Musculatur. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Das vordere Drittel der Zunge ist von der Fig. 3 abgebildeten Geschwulst eigenommen. Die rechte Hälfte der Geschwulst ist erheblich grösser als die linke; beide Hälften sind durch eine tiefe, dem Septum linguae entsprechende Furche von einander getrennt. Der Tumor durchsetzt die ganze Dicke des Zungenfleisches gleichmässig; nach hinten geht er, scharf begrenzt, in die normale Zungensubstanz über. Die den Tumor bedeckende Schleimhaut erscheint gespannt, von sammetartigem Glanz, etwas hyperämisch, sonst von normaler Beschaffenheit. Die Consistenz des Tumors ist überall gleichmässig derb. Bei Berührung ist die Geschwulst nicht schmerzhaft. Die Beweglichkeit der Zunge hat nur infolge ihrer Volumszunahme gelitten; der Kranke kann sie ohne Schwierigkeit vorstrecken, dagegen kann er sie nur mit Hilfe der Finger in die Mundhöhle zurückschieben. Nahrungsaufnahme unbehindert. Keine palpirbaren Drüsen.

16. XII. 84 Amputation des erkrankten Theils der Zunge. Die ziemlich starke Blutung wird durch Unterbindung der einzelnen spritzenden Gefässe gestillt. 23. XII. 84 geheilt entlassen.

Mikroskopische Untersuchung: Spindelzellensarkom.

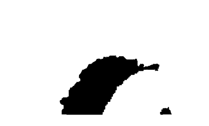
In der Folge treten wiederholt kleine Recidivknoten, zum Theil oberflächlich exulcerirt, in der Umgebung der Narbe auf; auch schwellen die Submaxillardrüsen der linken Seite bis auf Haselnussgrösse an. — Wiederholte Operationen am 21. VII. 85 und 27. I. 86. — Am 19. I. 88 sucht Pat. abermals die Krakauer Klinik wegen eines kleinen oberflächlichen Geschwürs im Bereich der Narbe auf; dasselbe wird als Druckgeschwür von zwei scharfen Zahnstümpfen erkannt. Nach Extraction der betreffenden Zähne heilt das Geschwür. Nach vierwöchentlicher Beobachtung wird Pat. am 19. II. 88 geheilt entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie) im Zustande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.

Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.



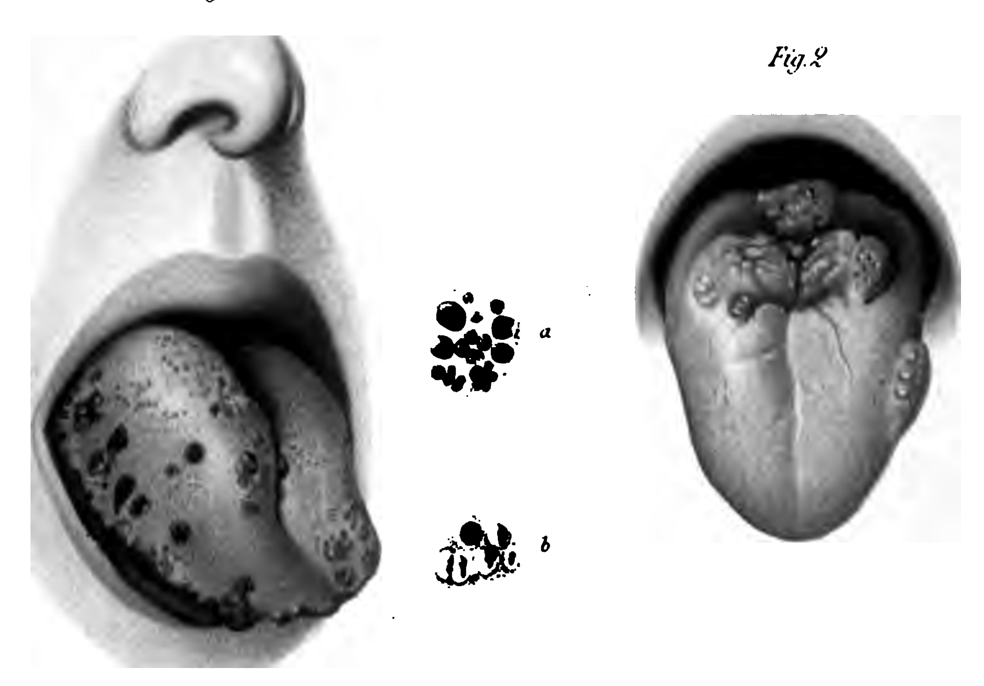

Fig. 1
Fig. 2
a
b


Fig. 3

Tafel XXXVIII.

Fig. 1. Carcinom der Zunge.

M. B., 53 J. alt, Gastwirthin aus Ostpreussen.

Pat. ist hereditär nicht belastet und will bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund gewesen sein. Sie hat 8mal geboren. Seit einem Jahre Menopause. Auf ihr gegenwärtiges Leiden wurde Pat. vor ungefähr einem halben Jahre aufmerksam: es entwickelte sich ein Geschwür am rechten Zungenrande, welches allmälig grösser wurde und zur jetzigen Verhärtung der Zunge führte. Anfänglich hatte Pat. keine nennenswerthen Beschwerden. Erst in der letzten Zeit ist das Essen und Sprechen behindert; auch stellen sich zeitweise ziehende Schmerzen in der Zunge ein.

19. V. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Mittelgrosse, sonst gesund aussehende Frau mit kräftig entwickelter Musculatur und spärlichem Fettpolster. Lungenemphysem mässigen Grades; die übrigen inneren Organe ohne nachweisbare Veränderungen.

Der rechte Zungenrand ist von einer über taubeneigrossen Geschwulst eingenommen, welche bei ausgestreckter Zunge etwa 2 cm hinter der Zungenspitze beginnt und 2 cm vom Arcus palato-glossus entfernt ihre hintere Grenze findet. Sie ist von derber Consistenz. Der tastende Finger findet keine scharfen Grenzen gegen die umgebende Zungensubstanz; diese erscheint in der Tiefe bis zur Mittellinie infiltrirt; dagegen grenzt sich ihre Oberfläche in Form einer flachen Erhebung ziemlich scharf von der benachbarten Zungenoberfläche ab. Am schärfsten erscheinen die Grenzen am Zungenrücken. Der Schleimhautüberzug ist an den Randpartien glatt und lebhaft geröthet; im Centrum ist die Geschwulst von einem kraterförmigen, bis 15 mm tiefen Geschwür eingenommen; die Ränder desselben erscheinen unregelmässig geformt, zum Theil unterminirt, zum Theil aufgeworfen. In der Tiefe des Geschwürsgrundes sieht man eine schmutzig-graue Gewebsmasse, welche eine geringe Menge übelriechenden, jauchigen Secrets absondert. Nahe der vorderen Grenze der Geschwulst findet sich ausserdem noch ein rundliches, 6—8 mm im Durchmesser haltendes, flaches Geschwür mit

wallartig geformten Rändern. Der Boden der Mundhöhle unverändert; die Zunge im Ganzen noch gut beweglich. Submaxillar- und Submentaldrüsen nicht palpirbar.

24. V. 90. Nachdem durch mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens die Diagnose Carcinom sichergestellt ist, wird die Geschwulst exstirpirt: Präventive Unterbindung beider Art. linguales; Auffindung und Entfernung einiger erbsen- bis bohnengrosser Lymphdrüsen am rechten Kieferwinkel. Der Tumor wird mit der Scheere derart exstirpirt, dass nach allen Richtungen ca. 1 cm anscheinend gesunder Zungensubstanz mitentfernt wird. Infolge dessen fällt fast die ganze rechte Zungenhälfte (mit Ausnahme des Zungengrundes) und eine $^1/_2$—1 cm breite Zone der linken Seite fort. — Die im Munde entstehende Wundhöhle wird mit Jodoformgaze tamponirt. — Glatte Heilung. 2. VI. 90 wird Pat. mit rein granulirender Wunde im Munde entlassen; die 2 Wunden am Halse sind primär verheilt. — Im December 1890 berichtet Pat., dass „die Zunge gesund, die Sprache vollständig hörbar und verständlich" sei; am rechten Unterkieferwinkel habe sich jedoch ein harter, empfindlicher Knoten gebildet.

Es wird der Pat. gerathen, sich behufs operativer Entfernung der Drüse abermals nach Königsberg zu begeben.

Anatomischer Befund der excidirten Geschwulst: Makroskopisch zeigt der Tumor auf dem Durchschnitt eine fast milchweisse Farbe, stellenweise nur erscheint er mehr grau und transparent. In der mitentfernten Musculatur finden sich an den Grenzen der Geschwulst kleine punkt- und streifenförmige, gelblich-graue Inseln. Mikroskopisch: Kleine und grössere Epithelzellennester, vielfach im Centrum zu Krebszwiebeln geschichtet; an der Oberfläche sind dieselben dichter gehäuft, bisweilen selbst confluirend, in den tieferen Lagen durch reichlicheres Stroma von einander getrennt. Derartige Epithelnester reichen an einzelnen Stellen tief zwischen die Züge der quergestreiften Muskelfasern. In der Umgebung des Geschwürs daneben vielfach Anhäufung von Rundzellen.

Fig. 2. Carcinom des Bodens der Mundhöhle.

P. K., 53 J. alt, Küster aus Russisch-Polen.

Pat. leidet angeblich seit seiner Kindheit an Phlebektasien am rechten Bein; seit mehreren Jahren besteht ein chronisches Unterschenkelgeschwür derselben Seite. Sonst will Pat. bis auf die gegenwärtige Erkrankung stets gesund gewesen sein; er ist mässiger Trinker (Branntwein). Vor $1^1/_2$ Jahren bemerkte er am Zungenbändchen ein kleines Knötchen, welches sehr langsam wuchs und nach 4monatlichem Bestande oberflächlich wund wurde. Von da an allmälige Vergrösserung der Geschwulst, die in den letzten Monaten auf Zunge und Zahnfleisch übergriff. Vor 3 Monaten entdeckte Pat. unter dem Kinn kleine harte Knötchen. Die anfänglich geringfügigen Beschwerden steigerten sich in den letzten Monaten rasch: Behinderung und Schmerzen beim Sprechen und bei jeder Nahrungsaufnahme; lästiger Speichelfluss.

20. II. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Kräftig gebauter, gut genährter Mann mit leicht cyanotischer Gesichtsfarbe. Ziemlich weit entwickeltes Lungenemphysem; in den übrigen inneren Organen keine Abweichungen nachweisbar. An der rechten unteren Extremität ausgedehnte Varicen; über der Vorderfläche der Tibia ein über 5Markstück-grosses Geschwür. — Wird der Mund weit geöffnet und die Zungenspitze zurückgezogen, so erscheint der mittlere zwischen den Praemolares liegende Theil des Mundbodens von einer Geschwulstmasse eingenommen, welche nach vorn bis auf das Zahnfleisch der Schneide- und Eckzähne übergreift, nach hinten sich auf die Unterfläche der Zunge ausdehnt und hier mit wallartigen Rändern gegen die normale Schleimhautoberfläche abgehoben ist. Der vordere Rand der Geschwulst ist etwa 1 cm von der Zungenspitze entfernt. Die ganze der Besichtigung

zugängliche Partie der Geschwulst ist von einem zusammenhängenden, unregelmässig begrenzten, vielfach zerklüfteten Geschwür eingenommen, dessen missfarbiger Grund stellenweise von kleinen Extravasaten durchsetzt und von einer geringen Menge eines jauchigen Secretes bedeckt ist. Die tastenden Finger finden eine zwischen Zungenspitze und Mittelstück des Unterkiefers festsitzende Geschwulst von derber Consistenz: vom Zungenrücken aus fühlt man die Geschwulst an der entsprechenden Stelle als derbes, tiefliegendes Infiltrat ohne scharfe Grenzen. Ebenso lässt sich bei bimanueller Untersuchung der Tumor von der Unterkinngegend aus als diffuse, tiefliegende Verhärtung palpiren. Die Haut der Unterkinngegend unverändert, verschieblich. Unter derselben mehrere bis bohnengrosse, harte, fast unbewegliche Drüsen fühlbar. Etliche kleinere, aber noch leicht verschiebbare Drüsen von gleicher Consistenz unter beiden Kieferwinkeln und über dem Zungenbein. Die Bewegungen der Zunge sind in hohem Grade behindert; am meisten fixirt erscheint die Zungenspitze.

26. II. 90. Durch einen sagittalen Schnitt wird die Unterlippe gespalten und die Kinnhaut bis auf das Zungenbein durchtrennt: zwei längs der langen Zungenbeinhörner verlaufende Querschnitte legen die infiltrirten Drüsen dieser Gegend blos. Nach temporärer Durchsägung des Unterkiefers in der Mittellinie werden die Sägeflächen mit Knochenhaken weit auseinandergezogen und so der Boden der Mundhöhle vollständig freigelegt. Exstirpation der Geschwulst sammt dem vorderen Drittel der Zunge. Die erkrankte Partie der Gingiva wird in Zusammenhang mit der Geschwulst mittelst Raspatorium vom Unterkiefer abgelöst, die gelockerten Schneidezähne extrahirt und die freiliegenden Knochenflächen nachträglich energisch mit dem Thermocauter verschorft. Exstirpation der infiltrirten Drüsen. — Knochennaht, Vereinigung der Unterlippe; im Uebrigen wird die ganze Wundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Die Heilung der letzteren erfolgt ohne Zwischenfall durch Granulationen.

26. III. 90 wird Pat. in folgendem Zustande entlassen: Die äusseren Wunden vollständig geschlossen. Der wenig bewegliche Stumpf der Zunge durch Narben bis nahe an die Spina ment. post. herangezogen; hinter der letzteren noch eine klein-haselnussgrosse, rein granulirende Höhle; hierselbst liegt ein Theil der verschorften Knochenfläche noch bloss. Die beiden Kieferhälften sind in mässigen Grenzen gegen einander verschiebbar. Flüssige und breiige Nahrung wird ohne Schwierigkeiten genommen. Die Sprache noch sehr erschwert und wenig verständlich.

24. XI. 90 berichtet Pat. brieflich, er sei mit seinem Zustande durchaus zufrieden; essen und trinken könne er nun Alles, wiewohl ihm das Kauen noch geringe Schwierigkeiten bereite. Die Zunge sei beweglich, die Sprache verständlich geworden, doch spreche er nicht so leicht und deutlich wie in gesunden Tagen. Er sei schmerzfrei.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergiebt das typische Bild eines Plattenepithelkrebses mit reichlichen Epithelzwiebeln.

Tafel XXXVIII.

Tafel XXXVIII

Fig. 1

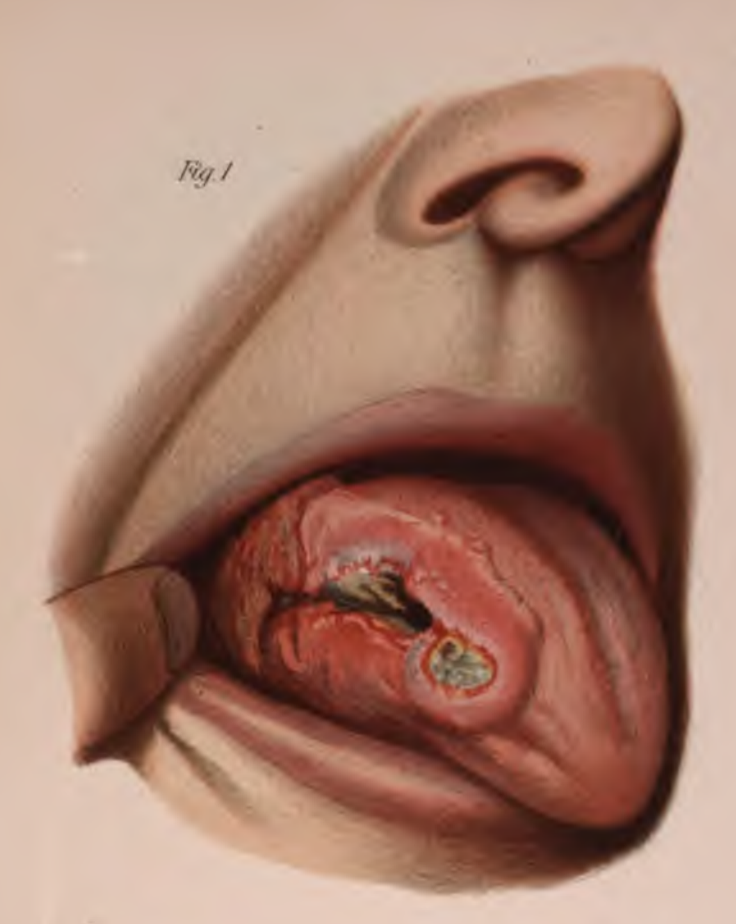


Fig. 2



Fr. Braune pinxit

W. A. Meyer Lith. Inst. Berlin

Tafel XXXIX.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).

C. N., 38 J. alt, Aufwärterin aus Königsberg.*)

Tuberculöse Heredität. Seit Februar 1888 Schlingbeschwerden und belegter Stimmklang.

29. X. 88. Blass aussehende, aber kräftig gebaute Person. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Mattigkeit. Objectiv: Schleimhaut der Mundrachenhöhle, soweit sie der directen Besichtigung zugänglich ist, nirgends ulcerirt. Lymphdrüsen am Halse nicht geschwollen.

Glossoskopischer Befund: Balgdrüsenregion der Zungenwurzel linkerseits deutlich infiltrirt. An der rechten Seite ein in der grössten Längenausdehnung etwa 13 mm, in der grössten Breitenausdehnung etwa 7 mm messendes, in seinem centralen Theile kraterförmig vertieftes, mit sinuösen Rändern versehenes, bis nahe an die Epiglottis heranreichendes Ulcus. Der Grund desselben ist mit eitrigem Belag bedeckt, aus welchem einzelne nadelkopfgrosse Granula hervorragen. In der nächsten Umgebung dieses Geschwürs erscheinen die Balgdrüsen erheblich infiltrirt; ihr Schleimhautüberzug ist stark geröthet. Am vorderen Theile der Ulceration durchfurchen feine, grabenartige Ausläufer dieses entzündlich geschwollene Drüsengewebe und bewirken eine insuläre Abtrennung kleiner Partieen desselben. Berührung des Geschwürsgrundes mit der Sonde ist empfindlich und ruft leichte Blutung

*) Die Krankengeschichte der Patientin ist an anderer Stelle in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut, Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XVII., Suppl., Berlin 1890).

hervor. Tuberkelbacillen sind mikroskopisch in den von der Geschwürsoberfläche abgeschabten Massen nicht zu ermitteln.

Laryngoskopischer Befund: Durch die intumescirten Balgdrüsen wird die Epiglottis derart überlagert, dass nur der freie Rand des Kehldeckels sichtbar bleibt. Derselbe ist linkerseits deutlich verdickt, die Plica pharyngo-epiglottica sinistra von ödematösem Aussehen. Beim Anlauten hebt sich der Kehldeckel; man sieht nun, dass das linke Ligam. ary-epiglotticum gleichfalls etwas infiltrirt, die gesammte Oberfläche des linken Taschenbandes, sowie die Interarytaenoidschleimhaut, letztere besonders linkerseits in eine granulirende Ulcerationsfläche verwandelt ist. Linkes Stimmband vom Taschenband grossentheils überlagert, soweit es zu übersehen, ebenso wie das rechte geröthet, sonst unverändert.

Stimme klanglos, nicht direct heiser. Symptome einer Infiltration der rechten Lungenspitze.

Februar 1889. Heilung des Geschwürs der Zungenwurzel mit vertiefter Narbe und erhebliche Besserung der Larynxafiection nach täglichen Bepinselungen mit 15 %igem Menthol-Oel.

Pat. wurde dem Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg am 19. XI. 88 ihres Zungengeschwürs wegen und am 29. IV. 89 nach Heilung desselben vorgestellt.*)

Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).

B., 34 J. alt, Maurergesellenwittwe aus Königsberg.

Die kräftig gebaute Pat. trat im Sommer 1888 mit der Klage über Verstopfung bald der einen, bald der anderen Nasenseite, über Trockenheit im Schlunde und über die Empfindung, als ob ihr etwas im Halse stecke, in poliklinische Behandlnng.

Objectiv wurde constatirt: Eine in der Regel nur einseit.g vorhandene abnorme Füllung des Schwellgewebes der unteren Nasenmuscheln, und die hier im glossoskopischen Bilde wiedergegebene Hyperplasie der Zungenwurzel-Balgdrüsen. Letztere war, wie man aus der Abbildung ersieht, so erheblich, dass die orale Fläche des Kehldeckels fast vollkommen und theilweise noch der freie Rand desselben sich von dem hypertrophischen Gewebe überlagert zeigte. Im vorderen Theil der Balgdrüsengegend einige ectatische Gefässe. — Am Rachendach ein bis etwa zur Höhe der oberen Arcaden der Choanen reichendes Polster adenoiden Gewebes. Auch die Gaumentonsillen sind mässig vergrössert. — Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Besserung der Beschwerden nach Abtragung eines grösseren Stückes von der linken Seite der hyperplastischen Tonsilla linguae und galvanocaustischer Behandlung des cavernösen Gewebes der unteren Muscheln.

Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose (Spiegelbild).

E. M., 16 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Bei der Pat., welche sich wegen chronischer Rhinitis während der Herbstmonate des Jahres 1889 in poliklinischer Behandlung befand, wurden an den beiden in mässigem Grade

*) S. d. Sitzungsberichte: Berl. klin. Wochenschr. No. 9 u. 36.

Tafel XXXIX.

geschwollenen und leicht gerötheten Gaumentonsillen und an der ebenso veränderten Balgdrüsenregion der Zungenwurzel discrete, stecknadelkopfgrosse, kreidig-weisse Auflagerungen bemerkt. Dieselben liessen sich von ihrer Unterlage ziemlich leicht abschaben und bestanden, wie durch mikroskopische Untersuchung constatirt wurde, aus Pilzmassen, in denen Leptothrix weitaus prävalirte. Ueber irgendwelche Beschwerden von dieser Seite hatte Pat. nicht zu klagen.

Behandlung: Ausheben der Pilzpfröpfe mit einem in geeigneter Weise gekrümmten schmalen Raspatorium. In unserer am 17. X. 89 aufgenommenen Abbildung sieht man die linke Seite bereits fast vollkommen von den in Rede stehenden Auflagerungen befreit. Zur radicalen Beseitigung der restirenden Parasiten war noch eine mehrwöchige Behandlung erforderlich.

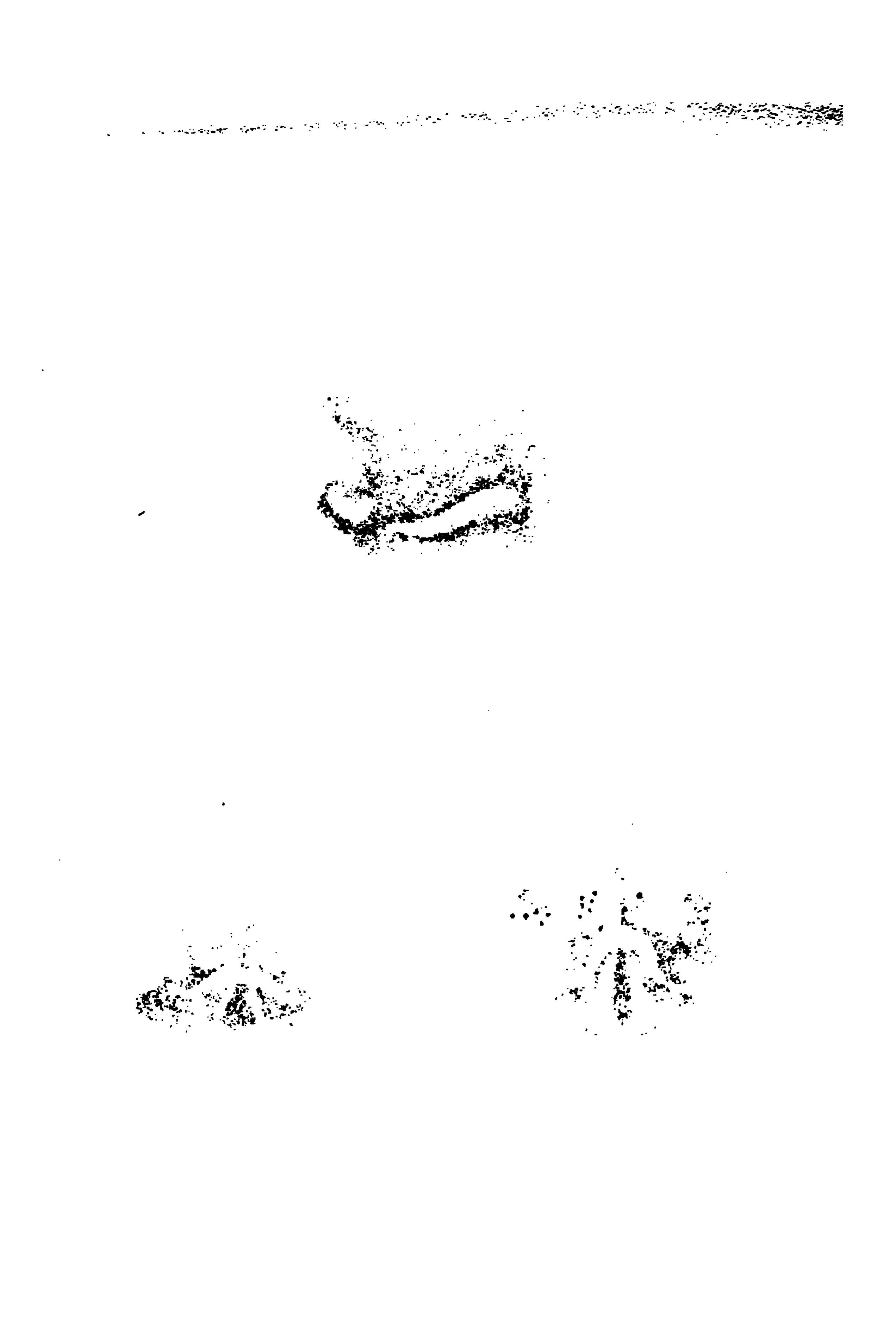
Control-Untersuchung Ende März 1890: Zungentonsille und Gaumenmandeln weniger umfangreich und weniger geröthet als früher. Kein Recidiv der Leptothrix-Ansiedelungen.

Tafel XXXIX.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).

Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).

Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose Spiegelbild.



Tafel XXXIX

Fig 1



Fig 2



Fig 3.



Tafel XL.

Fig. 1. Breite Condylome (Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Gaumen-Tonsillen.

F. S., 33 J. alt, Kassenbotenwittwe aus Königsberg.

Pat. gab, als sie sich am 24. XI. 88 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vorstellte, an, abgesehen von Cholera und Typhus, längere Krankheiten nicht durchgemacht, in specie nie an Hautausschlägen, Drüsenschwellungen, Fluor albus gelitten zu haben; sie sei Mutter von 4 gesunden Kindern, habe niemals abortirt; in näherem Verhältniss stehe sie zu einem Manne, mit dem sie zwar Küsse ausgetauscht, sexuelle Beziehungen aber nicht unterhalten habe. Dieser Mann sei vor nicht langer Zeit in einem Krankenhause behandelt worden. Seit September 1888 bemerkte Pat. an der Unterlippe eine wunde Stelle, die trotz Anwendung einer ihr verordneten Salbe nicht habe heilen wollen. Seit Ende October Schlingbeschwerden, Anschwellung der Drüsen unterhalb der rechten Seite des Unterkiefers, Abmagerung.

Bezüglich des Bräutigams der Pat. wurde ermittelt, dass derselbe vor einigen Monaten an Syphilis erkrankt, zur Zeit Ulcerationen an den Mundwinkeln und an der Lippenschleimhaut darbiete.

24. XI. 88. Blass aussehende Frau in ziemlich gutem Ernährungszustand. An der rechten Seite der Unterlippe, nahe der Lippencommissur, fällt bei geschlossenem Munde eine die Breite des Lippenroths einnehmende, etwa 4 mm im Durchmesser haltende, rundliche, etwas über das Niveau der Umgebung hervorragende Efflorescenz von röthlicher Farbe auf. Auf die Schleimhaut der Unterlippe setzt dieselbe sich in noch etwas erheblicherem Umfang als flache, von einem bogenförmigen, weisslich verfärbten und etwas erhabenen Rande umgebene Ulceration fort. Der Geschwürsgrund ist glatt, wie überfirnisst. An dem der directen Besichtigung zugänglichen Theile der Mundrachenhöhle keine sonstigen Veränderungen.

Glossoskopisch: Balgdrüsenregion der Zungenwurzel durchweg infiltrirt, bis an den freien Rand der Epiglottis hin; ihr Schleimhautüberzug grösstentheils weisslich verfärbt; nach vorn hin grenzen sich die betreffenden Plaques der Balgdrüsengegend mit stumpfzackigen Contouren ab.

Submentaldrüsen indolent geschwollen, hart; eine noch erheblichere, fast walnussgrosse Intumescenz zeigt eine rechtsseitige Submaxillardrüse. Auch die anderen, der Betastung zugänglichen Lymphdrüsen sind sämmtlich in mässigem Grade geschwollen, am meisten die Drüsen des rechtsseitigen Cervicalstranges. Am übrigen Körper, in specie an der Haut und an den Genitalien nichts Abnormes.

Tafel XL.

29. XI. 88. An der Schleimhaut der Tonsillen und der Gaumenbogen einige flache Erosionen.

8. XII. 88 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Typische Plaques muqueuses der Tonsillarschleimhaut, besonders auch an den im glossoskopischen Bilde sichtbaren hinteren Rändern der Gaumenmandeln. An der Zungenwurzel neben den älteren grösseren ein paar neue kleinere Efflorescenzen. Beginn einer antisyphilitischen Kur (Inunctionen von Unguent. hydrargyr. ciner. 3,0 pro die, Touchiren der Schleimhaut-Syphilide mit Argent. nitricum).

Pat. betreibt den Gebrauch dieser Kur sehr lässig und entzieht sich, noch ehe die Krankheitserscheinungen beseitigt sind, der weiteren Beobachtung. Es wird in Erfahrung gebracht, dass sie sammt ihren neuerdings inficirten Kindern, in einer anderen Poliklinik zu Anfang des Jahres 1890 mit Symptomen constitutioneller Syphilis in Behandlung getreten ist.

Fig. 2. Syphilitische Erosionen der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand. (Glosso-laryngoskopisches Combinations-Bild, das glossoskopische Bild bei Phonations-Stellung, das laryngoskopische bei tiefster Inspiration gezeichnet.)

B., 27 J. alt, Geschäftsführer aus Königsberg.

Der früher niemals venerisch inficirte Pat. bemerkte am 22. XII. 89 ein linsengrosses Geschwür an der Innenfläche der Vorhaut und bald darauf eine mässige Anschwellung der rechtsseitigen Leistendrüsen. Für ersteres wurde Sol. Zinc. sulfur. als Verbandwasser benutzt und nach einigen Wochen Heilung erzielt. Aerztlichen Rath suchte Pat. erst, als seit dem 30. I. 90 dauerndes „Brennen in der Tiefe des Halses" und Schmerzen beim Schlingen, besonders beim Geniessen fester Nahrung, sich einstellten.

4. II. 90. Robust gebauter Mann. An der Innenfläche der Vorhaut eine erbsengrosse, etwas infiltrirte Narbe. Die inguinalen und in geringerem Grade auch die cervicalen Lymphdrüsen beiderseits geschwollen. Am linken Oberarm einige sich über das Niveau der umgebenden Haut wenig erhebende hirsekorn- bis linsengrosse Knötchen. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle erscheint die Schleimhaut des Velums, der Tonsillen und Gaumenbogen geröthet.

Glossoskopisch: Am medianen, hintersten Abschnitt der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel 4 mit gelblichem Belag bedeckte, von einer schmalen gerötheten Zone umrandete, circa hanfkorngrosse Erosionen, zu denen am nächsten Tage an der linksseitigen vorderen Partie der Balgdrüsengegend noch einige ähnliche Erosionen hinzukamen.

Laryngoskopisch: Bei tiefster Inspiration fallen in der Regio subglottica an der linken Seite der hinteren Kehlkopfwand zwei weissliche, kleine Flecke auf.

11. II. 90. Glosso-laryngoskopischer Befund im Wesentlichen unverändert. Eruption neuer Papeln am Rumpf und beiden oberen Extremitäten. Typische Plaques der Tonsillarschleimhaut.

Unter dem Gebrauch einer Inunctions-Kur (30 Frictionen à 3—4 grm) verschwindet der Hautauschlag, sowie die Veränderungen der Schlund-, der Zungen- und Larynxschleimhaut, doch markiren sich Mitte Mai 1890 einige der Stellen, an welchen die hier abgebildeten Erosionen der Zungenwurzelschleimhaut gesessen hatten. noch durch eine im Vergleich zu ihrer Umgebung etwas blassere Färbung. An den Tonsillen wird um diese Zeit ein beginnendes Recidiv der Syphilide constatirt. Inguinal-, Cervical- und Cubitaldrüsen deutlich, erstere aber erheblich weniger als früher vergrössert.

Tafel XL.

Fig. 3. Syphilitisches (?) Geschwür der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel.

J. E., 37 J. alt, Schuhmachersfrau aus Königsberg.

Keine tuberculöse Heredität. keine anamnestischen Anhaltspunkte für Lues. Pat. ist aus erster Ehe Mutter eines jetzt 20jähr. Mädchens. Eine nach Ableben des ersten Mannes eingegangene zweite Ehe blieb kinderlos; Aborte will Pat. nie durchgemacht haben.

Seit einer Reihe von Wochen hatte die bis dahin gesunde Frau über drückende Schmeren im Halse, besonders auf der rechten Seite. zu klagen. Dieselben waren dauernd vorhanden, pflegten sich aber beim Schlingen etwas zu steigern. Der zu Rath gezogene Arzt trug die rechte Mandel ab und machte später Einpinselungen mit 2%iger Argent. nitric.-Lösung. Da keine Besserung der Beschwerden eintrat, stellte sich Frau E. am 20. XI. 89 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vor. Hier wurde folgender Befund erhoben:

Schwächlich gebaute Frau. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Schleimhaut der Gaumenbogen, sowie der linken Tonsille mässig geröthet. Der obere Theil der rechten Gaumenmandel fehlt; am rechten Arcus palatoglossus ein in seiner grössten Ausdehnung etwa 6 mm Länge, 2—3 mm Breite messender. scharfrandig ausgezackter. im Verlaufe der weiteren mehrmonatlichen Beobachtung ganz unverändert bleibender (vermuthlich bei der Tonsillotomie entstandener) Defect.

Glossoskopisch: Drüsensubstanz der Zungentonsille stark entwickelt, aber ohne deutliche folliculäre Gliederung. Die unteren Enden der Gaumenmandeln sind geschwollen; sie lagern dem Balgdrüsengewebe der Zungenwurzel so dicht an. dass es bei der Aehnlichkeit ihres Aussehens auf den ersten Blick, besonders links. nicht ganz leicht ist. sich über die Abgrenzung der einzelnen Segmente des lymphatischen Mundrachenringes zu orientiren. Während aber der Schleimhautüberzug der Gaumentonsillen fast durchweg intact ist (nur auf dem versprengten. medialen Appendix der rechten Mandel findet sich ein stecknadelkopfgrosser, gelber Fleck). fällt an dem hintersten Theil der Zungenwurzel eine flache, ganz unregelmässig geformte. vielzackige, etwa 15 mm in grösster Längen- und Breitenausdehnung messende Erosion auf. Der grössere Theil derselben liegt rechts. der kleinere links von der Medianlinie. Die Untersuchung des Geschwürsbelags auf Tuberkelbacillen giebt ein negatives Resultat. Orale Fläche des Kehldeckels von der Zungen- und den unteren Partien der beiden Gaumentonsillen umlagert; freier Rand desselben ziemlich stark geschwollen. — Submental- und Submaxillardrüsen rechterseits etwas vergrössert.

Bei der Untersuchung des übrigen Körpers wird das Vorhandensein von Rhinitis atrophicans foetida constatirt. sonst aber nichts Krankhaftes ermittelt.

Behandlung zuvörderst ausschliesslich örtlich mit Jodoforminsufflation auf die Geschwürsfläche am Zungengrund. — Als die Heilung der Ulceration bis Mitte December nur geringe Fortschritte machte, ausserdem um diese Zeit heftige Kopfschmerzen sich einstellten. wurde versuchsweise Jodkalium (6 : 200. 3mal tägl. 1 Esslöffel) verordnet. Die Kopfschmerzen verschwanden darauf sehr bald. und auch das Geschwür an der Zungenwurzel heilte im Verlaufe einiger Wochen.

Control-Untersuchung am 18. V. 90: Pat. sieht wohler aus wie früher. Sämmtliche subjectiven und objectiven Krankheitserscheinungen von Seiten des Halses verschwunden. Die Stelle des Zungengrundes. an welcher früher das Geschwür gesessen hat. erscheint etwas flacher als ihre Umgebung.

Tafel XI.

[illegible] me (Sc[illegible]
[illegible] [illegible]

[illegible] Eros[illegible] der B[illegible]
[illegible] und [illegible]
[illegible]

[illegible]yphilitisches [illegible]
[illegible]er Zunge[illegible]

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rosenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.

Frl. J., 20 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Pat. stellte sich am 16. VI. 89 mit der Angabe vor, dass sie seit längerer Zeit über Drücken und Trockenheit im Halse zu klagen habe.

Allgemeine Körperconstitution normal. Schleimhaut der Pars oralis pharyngis blass, glanzlos. Befund der pharyngo-rhinoskopischen Untersuchung: Linke Seite des Rachendachs und des angrenzenden Theiles der seitlichen Pharynxwand mit schleimigem Sekret bedeckt. Nach Entfernung desselben sieht man die etwa 6 mm lange, in sagittaler Richtung leicht bogenförmig gekrümmt verlaufende Mündung eines linksseitigen Recessus. Linke Rosenmüller'sche Grube durch mehrere Schleimhautfalten septirt.

Therapie: Aetzung des Recessus mit Höllenstein (an die Knopfsonde angeschmolzen), mehrere Wochen hindurch fortgesetzte Pinselungen mit Lugol'scher Lösung.

Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion und Besserung der Beschwerden.

Controluntersuchung am 2. II. 90: An der linken Seite des Rachendachs auch heute wieder etwas grauer Schleim. Keine subjectiven Beschwerden.

Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea"), (Tornwaldt'sche Krankheit).

R. R., 17 J. alt, Landwirthschafts-Eleve aus Ostpreussen.

Der sonst gesunde, kräftig gebaute Pat. leidet seit einigen Jahren an „Nasenverstopfung und Verschleimung im Halse". Er wurde bisher von anderer Seite erfolglos mit der Nasen-Douche und durch „Brennen in der Nase" behandelt.

5. XII. 89. Rhinoskopischer Befund: Mediale Fläche beider unteren Muscheln, theilweise auch des linksseitigen Integumentes des Septum cartilagineum von trockenem, glanzlosem Aussehen (wohl infolge der galvanocaustischen Behandlung).

Befund der pharyngoskopischen Untersuchung: Am Fornix pharyngis ein dünnes Polster adenoiden Gewebes; in der Mitte desselben ein Recessus medius mit ca. 7 mm langer, sagittal verlaufender, ziemlich stark klaffender und gelbliches, schleimig-eitriges Secret enthaltender Mündung. Rechts daneben eine zweite spaltförmige Oeffnung, deren Lippen jedoch erst durch Sonden-Dilatation zum Klaffen zu bringen sind. Beide Rosenmüller'schen Gruben von Schleimhautsträngen durchquert.

Behandlung: 8malige Cauterisation des Recessus mit höllenstein-armirter Knopfsonde.

Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion des Recessus medius; das adenoide Gewebe am Rachendach erscheint weniger prominent.

Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung der Recessus am Rachendach.

Frl. H. Sch., 16 J. alt, Schlosserstochter aus Königsberg, ein sonst gesundes, gut entwickeltes Mädchen, stellte sich am 8. VII. 89 mit der Klage über Fremdkörpergefühl im Halse und Verschleimung zum ersten Male vor. Pat. gab an, seit 1885 mehrmals in jedem Jahre Entzündungen der Mandeln durchgemacht zu haben, die mit Vereiterung abzulaufen pflegten. Sprache gaumig-nasal.

Die Besichtigung der Mund-Rachenhöhle ergiebt hochgradige Hyperplasie beider Gaumen-Tonsillen. Pharynxschleimhaut an der Grenze zwischen Pars oralis und nasalis trocken, glatt, wie lackirt aussehend. Aus dem Nasenrachenraum quillt nach Abziehen des Velums mit dem Gaumenhaken dicker, gelblicher Schleim hervor. Die erst nach operativer Beseitigung der hypertrophischen Gaumenmandeln ausführbare pharyngoskopische Spiegeluntersuchung zeigt: Am Rachendach spaltförmige, in sagittaler Richtung verlaufende Mündungen zweier Recessus: die etwas links von der Medianlinie gelegene, stärker klaffende Oeffnung enthält gelbliches Secret. In beide Recessus dringt die Sonde einige Millimeter tief ein. Dicht hinter (im Spiegelbilde oberhalb) der Recessusmündungen unregelmässig geformte Schleim-Coagula von gelb-grünlicher Färbung. Linke Rosenmüller'sche Grube durch eine Schleimhautfalte in zwei Abtheilungen getheilt. Zur Zeit der Aufnahme der Abbildung finden sich Schleimansammlungen ausser an den bereits erwähnten Stellen des Cavum pharyngo-nasalae noch in beiden Rosenmüller'schen Gruben; ein dicker Schleimfaden senkt sich, der medianen Fläche des rechten Tubenwulstes entlang, auf das Velum hinab.

Behandlung: Einige Monate hindurch 2—3mal wöchentlich ausgeführte Aetzungen der Recessus mit der höllenstein-armirten Knopfsonde.

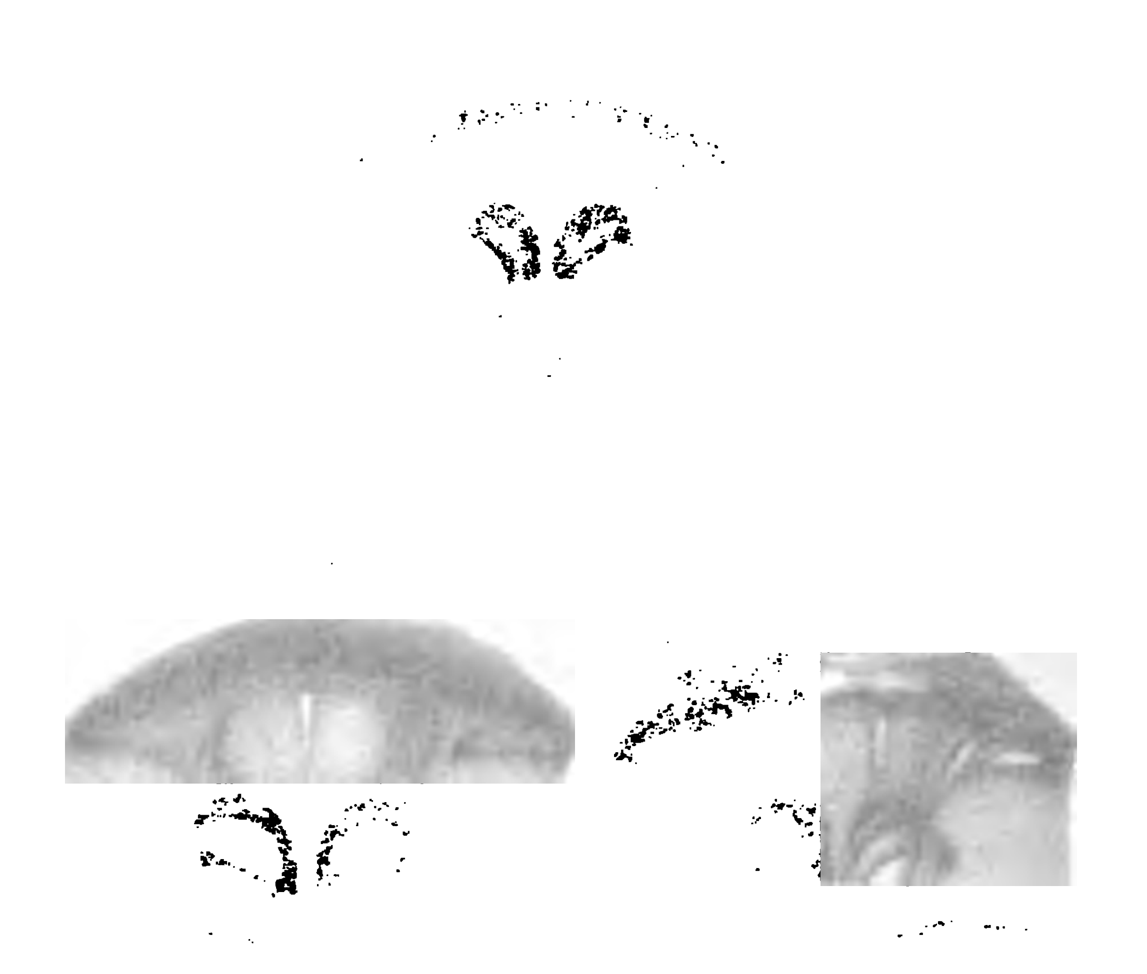
Erfolg der Behandlung: Fremdkörpergefühl beseitigt. Disposition zu Schleim-Ansammlung im Nasenrachenraum erheblich geringer als früher.

Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rosenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.

Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea“), (Tornwaldt'sche Krankheit).

Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung der Recessus am Rachendach.





Tafel XI.I

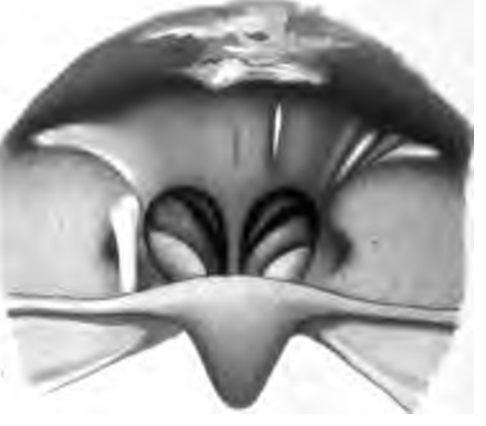
Fig 1



Fig 2



Fig 3



Tafel XLII.

Fig. 1. Chronische, athrophirende Rhino-Pharyngitis (genuine Ozaena). Pharyngoskopisches Spiegelbild: die linke Seite der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes durch Ausspülen von Borken befreit.

Frl. B., 21 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Seit einer Reihe von Jahren Verstopfungsgefühl in der Nase und Ausschnäuzen von übelriechendem, mit Borken vermischten Schleim. Massen von ähnlicher Beschaffenheit werden unter Würgen zeitweise auch durch den Mund herausbefördert. Neuerdings oft dumpfer Kopfschmerz, besonders in der linken Stirn- und Scheitelgegend.

Befund am 8. X. 88. Kräftig gebautes, sonst gesundes Mädchen. Widerlicher, süsslich fader Foetor. Riechvermögen abgeschwächt. In naribus die Symptome fötider atrophirender Rhinitis, daneben als (seltenere) Complication — weiche Fibrome in der vorderen Partie des linken mittleren Nasenganges. Schleimhaut des Mund-Pharynx blass, glatt, wie lackirt; an einzelnen Stellen grünliche Schleimfäden.

Pharyngoskopischer Spiegelbefund: Atrophie der mit unregelmässig geformten, grünlich-gelben Borken grösstentheils bedeckten Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale und des sichtbaren Theils der Nasenhöhle.

Behandlung: Beseitigung der weichen Fibrome durch die Schlinge. Regelmässige Borwasser-Ausspülungen mittelst einer geeigneten Spritze.

Erfolg der Behandlung (bis Februar 1890): Besserung der Beschwerden, wesentlich verringerte Neigung zur Borkenbildung.

Tafel XLII.

Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh (Pharyngitis superior); am Rachendach eine „austernschalenartige" Borke. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

E. P., 38 J. alt, Dreher aus Königsberg.

Seit Februar 1887 „Kratzen, Brennen, Empfindung von Wundsein im oberen Theile des Halses, nahe den hinteren Nasenlöchern". Des Morgens werden unter starkem Würgen harte, zuweilen mit blutigem Schleim vermischte Krusten ausgeworfen. Der Ehefrau des Pat. ist der üble Geruch aus dessen Munde aufgefallen.

Befund am 27. V. 88. Kräftiger, sonst gesunder Mann. Deutlicher, aber nicht sehr intensiver Foetor. In der Mund-Rachenhöhle und im Naseninnern nichts Auffälliges.

Pharyngoskopischer Befund: Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale durchweg blass und dünn. Am Rachendach eine schmutzig-gelb-grün gefärbte „austernschalenartig" geformte Kruste. Nach Entfernung derselben durch Ausspülungen erscheint die Stelle, an der sie gesessen hat, leicht deprimirt und weisslich verfärbt. Recessus-Bildung nicht zu constatiren.

Behandlung: Einige Monate hindurch fortgesetzte Einpinselungen mit Lugol'scher Lösung; mehrmalige Aetzung der zur Borkenbildung disponirten Stelle am Rachendach mit Argent. nitric. (an die Sonde angeschmolzen); tägliche Ausspülung mit Borwasser von der Nase aus.

Erfolg (bis Februar 1890): Beseitigung der Beschwerden. Die Neigung zur Borkenbildung ist seit Anfang 1889 so gering, dass ein regelmässiger Gebrauch der Spritze nicht mehr nöthig erscheint.

Fig. 3. Chronischer Retronasal-Katarrh. Schleimhaut durch zahlreiche kleine Recessus siebartig gelocht. Borkenbildung am Rachendach. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

Fr. M., 33 J. alt, Wittwe aus Ostpreussen.

Seit ca. 6 Jahren Reiz im Halse und Verlust der Singstimme, mitunter Heiserkeit und trockener Husten; morgens meistens „Verschleimung". Früher bestand auch Verstopfungsgefühl in der Nase und subjective Kakosmie, doch sollen letztere Erscheinungen seit Anwendung von Salicylwasser-Ausspülungen mittelst der Nasendouche verschwunden sein. In den letzten beiden Jahren wurde nur ausnahmsweise noch von der Nasendouche Gebrauch gemacht.

Befund am 30. XII. 89. Allgemeine Körperconstitution normal. Gehör und Riechvermögen nicht herabgesetzt. Die Exhalation der Pat. hat einen nicht direct fötiden, aber eigenthümllch faden, übrigens nur bei speciell darauf gerichteter Aufmerksamkeit bemerkbaren Geruch. Pars oralis pharyngis glatt, wie lackirt aussehend. Rhinoscopia anterior: Nasenschleimhaut blass und etwas verdünnt, zur Zeit frei von Secret und Borken.

Pharyngoskopische Untersuchung: Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale noch ausgesprochener atrophisch wie die des Nasen-Innern. Am Rachendach eine unregelmässig gestaltete missfarbige Borke. Der von dieser nicht überdeckte Theil des Fornix pharyngis siebartig von einer kleinen Anzahl kleiner Oeffnungen durchsetzt. Die umfangreichsten derselben sind längs-oval geformt, nicht über 3 mm lang, $1\frac{1}{2}$ mm breit. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand geht, die Rosenmüller'schen Gruben überbrückend, direct in die der seitlichen Wände über. Entlang dem schwach angedeuteten Contour der oberen Begrenzung

Tafel XLII.

der Tubenwülste eine Anzahl ähnlicher Foramina wie am Rachendach, doch sind dieselben hier mehr rundlich. Nähere mit Zuhilfenahme der Sonde ausgeführte Untersuchung lässt erkennen, dass die beschriebenen Oeffnungen am Rachendach und in der Gegend der Rosenmüller'schen Gruben die Mündungen von einige Millimeter tiefen, grösstentheils mit gelblichem Secret angefüllten Recessus sind.

Therapie: Etwa 12 innerhalb von 5 Wochen ausgeführte Aetzungen der Recessus mit höllenstein-armirten Knopfsonden.

Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion, geringe subjective Beschwerden.

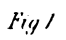




Fig 2

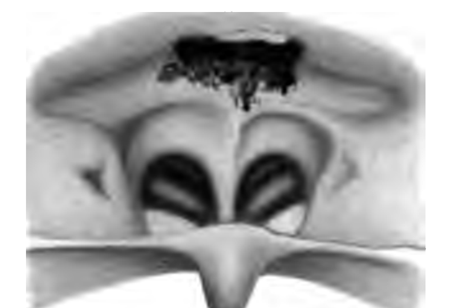


Fig. 3



Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.

A. B., 16 J. alt. Arbeiterstochter aus Königsberg.

Im 7. Lebensjahr Masern. Seit einigen Jahren Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit, letztere von periodisch wechselnder Intensität.

Befund am 27. I. 1890: Kräftig gebautes, sonst gesundes Mädchen. Mund wird dauernd offen gehalten. Nasenrücken etwas breit. — Sprachklang matt. nasal. Riechvermögen fehlt. Gehör: Ticken der Taschenuhr wird 5–7 cm. weit auf beiden Ohren percipirt. — Rhinoskopischer Befund: Hyperplasie beider unteren Muscheln, papillomatöse Hyperplasie des sichtbaren Theils der rechten mittleren Muschel, weiche Fibrome im linken mittleren Nasengang. — Pharyngoskopischer Befund: Am Rachendach ein dickes Polster hyperplastischen cytogenen Gewebes; beide Rosenmüller'sche Gruben von adenoiden Vegetationen ausgefüllt, durch welch letztere die Tubenwülste theilweise überlagert werden. Aus der linken Choane prominirt als grau-röthlicher Tumor das infiltrirte Ende der unteren Muschel, die ganze, von der hypertrophischen Retronasaltonsille nicht verdeckte Partie des Spiegelbildes dieser Nasenseite occupirend. Rechts zeigt das hypertrophische Ende der mittleren Muschel eine noch dunkler grau-röthlich gefärbte und zugleich grobkörnige Oberfläche. — Otoskopischer Befund: Einziehung beider Trommelfelle und Trübungen an denselben.

Behandlung: Abtragung der adenoiden Wucherung am Rachendach mittelst des Gottstein'schen Messers, der Hyperplasieen der Muscheln und der weichen Fibrome der Nasenhöhle sowie der Vegetationen in den Rosenmüller'schen Gruben mit der Schneideschlinge (theils galvanocaustisch, theils kalt) unter Leitung der Rinoscopie.

Histologische Untersuchung der abgetragenen Massen bestätigt die Richtigkeit der Diagnose.

Erfolg der Behandlung: Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Nase; Besserung der Hörweite.

Tafel XLIII.

Fig. 2. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums.

F. A., 21 J. alt, Post-Eleve aus Danzig.

Seit dem 10. Lebensjahre Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit; 1880—82 Behandlung durch einen Berliner Ohrenarzt. Dannach Besserung des Gehörs, während die Undurchgängigkeit der Nase fortbestand. Im Frühjahr 1889 wiederum Abnahme der Hörweite. Der Anfang August 1889 zu Rath gezogene Königsberger Otiater constatirte als Ursache der Schwerhörigkeit das Vorhandensein adenoider Vegetationen im Nasenrachenraum und secundäre Tubenschwellung. Nach der durch einige Wochen fortgesetzten Application des Ohrcatheters wurde die Schwerhörigkeit des Patienten zwar geringer, doch hatte er noch immer zeitweise die Empfindung „als ob ihm die Ohren mit Watte verstopft seien".

Befund am 3. X. 1889. Kräftig gebauter Mann. Sprache laut und volltönend. Die Untersuchung mit (vorderer) Rhinoskopie und Pharyngoskopie zeigt das Rachendach mit stumpfzottigen, durch die Sonde beweglichen, weich anzufühlenden Massen von der Farbe normaler Schleimhaut occupirt. Die betreffende Geschwulst verdeckt vorhangartig den oberen Theil des Choanenbildes und lässt nur den unteren Abschnitt des Septum, die hinteren Enden der unteren Muscheln und einen Theil der linken mittleren Muschel frei. Beide Rosenmüllerschen Gruben mit Vegetationen von gleichem Charakter ausgepolstert.

Behandlung: Abtragung der Hauptmasse der Wucherungen mit der vom Munde her unter Leitung des Spiegels eingeführten galvanocaustischen Schneideschlinge. Die in den Rosenmüller'schen Gruben sitzenden Vegetationen werden mit der durch die Nase eingeführten kalten Schlinge entfernt.

Erfolg der Behandlung: Gute Durchgängigkeit der Nase. Keine auf das Gehör bezüglichen Klagen mehr, obschon die Hörweite links zur Zeit der letzten Untersuchung (am 12. X. 1889) noch etwas hinter der Norm zurückbleibt.

Fig. 3. Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.

Frl. P., 20 J. alt, Schneiderin aus Königsberg.

Seit Anfang 1889 Zeichen von Undurchgängigkeit der Nase. 4 Monate hindurch fortgesetzte erfolglose Versuche eines Arztes, durch Brennen und anderweitige, in der Nase ausgeführte Eingriffe den Zustand zu bessern.

Befund am 9. XII. 89. Zart gebautes, sonst gesundes Mädchen; hält dauernd den Mund ein wenig geöffnet. Riechvermögen für stärker riechende Substanzen erhalten. Sprache von etwas nasalem Beiklang. — Rhinoskopischer Befund: Beim Blick in den unteren hinteren Theil der linken Nasenhöhle sieht man eine graue, bei Sondenberührung sich weich, elastisch anfühlende Masse. Sonst keinerlei Veränderungen. — Pharyngoskopischer Befund: Das Cavum pharyngo-nasale von einem annähernd kugelrunden, nach seiner oberen Kuppe hin sich etwas verjüngenden und daselbst flach gefurchten, etwa 25 mm im grössten Durchmesser haltenden Tumor ausgefüllt. Mit seinem unteren Segment berührt derselbe den vorderen Theil des Velum palatinum. Die Oberfläche der Geschwulst hat eine grau-röthliche, fein chagrinirte Beschaffenheit. Mit Ausnahme eines kleinen lateralen Abschnitts der rechten Choane wird das Bild der hinteren Theile der Nasenhöhle durch den Tumor verdeckt. In der linken Rosenmüller'schen Grube vorn ein Schleimhautstrang. Sondenuntersuchung lehrt, dass die beschriebene Geschwulst 1) hinsichtlich ihrer Consistenz der von der Nase aus palpirten vollkommen gleicht, 2) nach allen Richtungen hin im Nasen-Rachenraum verschoben werden kann. Ueber die Insertionsstelle lässt sich zuvörderst nichts Sicheres feststellen.

Behandlung: Entfernung des Tumors in zwei operativen Sitzungen am 11. XII. 89

und 12. XII., theils mit der Störk'schen Choanenzange, zum grössten Theil aber mittelst der von der linken Nasenhöhle aus in den Nasen-Rachenraum eingeführten Schneideschlinge. Im Verlaufe der Operation wird erkennbar, dass die Wurzel des Tumors sich am hintersten Ende des Septum narium befindet.

Anatomischer Befund: Stellenweise cystoid verändertes weiches Fibrom.

Erfolg der Behandlung: Vollkommene Durchgängigkeit der Nase; Besserung des Riechvermögens und des Sprachklanges.

Control-Untersuchung Ende Februar 1890: Keine Spur von Geschwulstbildung in der Nasenhöhle sowie im Nasen-Rachenraum.

Fig. 4. Fibrosarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

A. D., 17 J. alt, Schmiedelehrling aus Ostpreussen.

Die Mutter des Pat. starb an Magenkrebs, der Vater und zwei Brüder leben und sind gesund. Seit Juni 1889 Unfähigkeit zu schnäuzen, nasaler Sprachklang, „beängstigend starkes" Schnarchen, Trockenheit im Halse.

Befund am 19. I. 89: Schwächlich gebauter, sonst gesunder und geistig reger junger Mensch. Sprache näselnd. Gehör, Riechvermögen und Geschmack nicht in irgend erheblicher Art beeinträchtigt. — Rhinoskopischer Befund: Bedeckungen der r. u. Muschel durch eine, etwa 4 cm lange, mit weisslichen Streifen durchsetzte Gewebsfalte an das Integument des Septum cartilagineum angeheftet; zwischen l. u. Muschel und Septum eine kleinere Adhäsion. Sonst nichts Bemerkenswerthes. Schleimhaut der Pars oralis pharyngis trocken, wie lackirt aussehend. — Pharyngoskopischer Befund: Das Cavum pharyngeo-nasale wird von einem fast kugelrunden, etwa 25—30 mm im Durchmesser haltenden, mit seinem unteren Theil dem Velum palatinum auflagernden Tumor ausgefüllt. Derselbe drängt den rechten Tubenwulst etwas nach vorn und comprimirt das pharyngeale Ende der linken Tuba Eustachii. Oberfläche der Geschwulst glatt, von der Farbe normaler Schleimhaut, grösstentheils mit zähem, gelblichem Secret bedeckt. Rosenmüller'sche Gruben von Schleimhautsträngen durchzogen. — Digital-Untersuchung ergiebt, dass der Tumor von harter Consistenz ist, breitbasig am Rachendache inserirt ist und sich nur wenig bewegen lässt.

Therapie: Beseitigung der Adhäsionen zwischen unteren Muscheln und Septum mittelst des galvanocaustischen Flachbrenners. Elektrolytische Behandlung des Fibroms.

Nachdem in etwa 13 Sitzungen die unterste Partie der Geschwulst durch bipolare Galvanocauterisation zum Theil zerstört ist, entzieht sich Patient im Frühjahr 1889 der weiteren Beobachtung, hat sich jedoch in neuerer Zeit wieder gemeldet; es soll eine radicalere Behandlung demnächst vorgenommen werden.



Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.

Fig. 2. Adenoide Vegetation des Nasen-Rachenraums.

Fig. 3 Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.

Fig. 4. Fibromsarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

Tafel XLIII

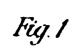




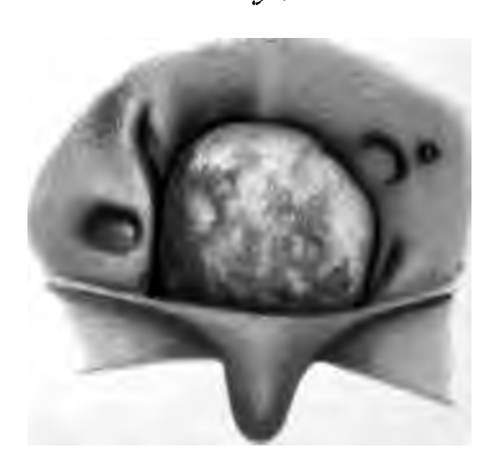
Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



F. Braune pinxit

W. A. Meyer Lith. Inst. Berlin

Tafel XLIV.

Fig. 1. Stomatitis mercurialis (Stomakace mercurialis).

K. S., 21 J. alt. Gehilfe in einem Droguen-Geschäft.

Der bis dahin gesunde, insonderheit niemals syphilitissh inficirte Pat. erkrankte vor 3 Wochen unter Schmerzen im Munde, Speichelfluss und Blutungen aus dem Zahnfleisch; in letzter Zeit wurde auch übler Geruch aus dem Munde bemerkt. Gurgeln mit Alaun besserte den Zustand nicht; Pat. entschloss sich jedoch erst, als sein Allgemeinbefinden sich auffällig verschlechterte, von der Geschäftsreise, auf der er sich befand, heimzukehren und in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas ärztlichen Rath zu suchen.

3. VI. 91. Kräftig gebauter, junger Mann. Gesichtsfarbe blass. Augenblickliche Klagen: Bohrende und ziehende Schmerzen in den Zähnen. Speichelfluss. Schmerzen im Munde und Halse bei der Aufnahme sowohl von flüssiger, wie ganz besonders von fester Nahrung; Geschmacksempfindung stark beeinträchtigt. Während der letzten Nächte waren Fiebererscheinungen aufgetreten (Frost und Hitze, Schwitzen). Ueber die Ursache seiner Erkrankung weiss Pat. selbst nichts anzugeben; erst durch nähere Nachfrage wird festgestellt, dass er einige Zeit vor Beginn seiner Erkrankung 300 Pulver à 2 grm Sublimat (Hydrargyrum bichloratum) ohne Anwendung irgendwelcher Schutzmassregeln abgewogen habe. — Hochgradiger Foetor ex ore. Am unteren Theil der linken Wange fällt eine leichte Anschwellung der Weichtheile auf. Die linksseitigen Submaxillardrüsen sind empfindlich und soweit vergrössert, dass sie sich als eine mässige Intumescenz bereits für den Gesichtssinn markiren. Rechterseits kann eine mandelgrosse Submaxillardrüse getastet werden. — Gebiss im Allgemeinen normal. Nur der II. r. u. Molaris ist cariös; der II. l. u. Mol. wegen Caries früher bereits extrahirt. Der Oberfläche der Zähne, besonders den Zahnhälsen haftet ein missfarbener, grau-grünlicher, schmieriger Belag an. Das Zahnfleisch ist überall von einem leicht verdickten, schmalen, an einzelnen Stellen gerötheten, an anderen ulcerirten und gelblich verfärbten Saum umrandet. Die Zahnfleischpyramiden von ungleichmässiger Höhe, grösstentheils stark verkürzt, bei Berührung leicht blutend. Der obere Theil der Gingiva liegt den Zähnen nicht fest an,

sondern lässt sich durch eine Sonde fast überall ohne Anwendung von Gewalt abheben. Im Uebrigen bietet das Zahnfleisch, ebenso wie die Wangen- und Lippenschleimhaut grösstentheils ein gequollenes, trübes Aussehen dar. In der Gegend des II. r. u. Molaris ist die Gingiva oberflächlich ulcerirt. An einzelnen Partien der Wangenschleimhaut sind Zahnabdrücke erkennbar. Linkerseits am hinteren Theil der Wangenschleimhaut entsprechend dem Interstitium zwischen den letzten unteren und oberen Molaren ein mit missfarbenem, gelb-grau-grünlichem, stellenweise braun-röthlichem sphacelösem Belag bedecktes, von unregelmässigen, gerötheten und leicht geschwollenen Rändern umgebenes Ulcus. Dasselbe greift medialwärts auf den Schleimhautbezirk hinter den unteren Molaren über. Oberkieferschleimhaut blass, stellenweise weisslich verfärbt. Mucosa veli in mässigem Grade diffus geröthet. Oberhalb der Wurzel der Uvula eine stecknadelkopfgrosse, in der rechtsseitigen Interalveolarfalte eine fast linsengrosse Erosion mit gelblichem Grunde und entzündlich gerötheter Circumferenz. Einige ähnliche Erosionen finden sich, wie durch glossoskopische Untersuchung festgestellt wird, an der Zungenwurzel. Die Schleimhaut des direct sichtbaren Theils der Zunge zeigt nur geringe Veränderungen; sie ist leicht gequollen, lässt an ihrer Oberfläche die papilläre Structur nicht deutlich erkennen und zeigt am hinteren Theil oberflächliche Zahnabdrücke. Am Pharynx und Larynx sowie am übrigen Körper nichts Krankhaftes. Körpertemperatur Morgens 38,2, Abends 38,5. Defäcation angehalten.

Behandlung: Reinigung des Mundes abwechselnd mit Eiswasser und mit Thymolwasser, Abreiben der Zähne und des Zahnfleisches mit Jodoform; während der Nacht Einlegen von Jodoformgaze-Streifen zwischen Lippen- und Wangenschleimhaut einerseits, Zahnfleisch andrerseits.

17. VI. 91. Das Allgemeinbefinden des Pat. hat sich wesentlich gebessert; Fiebererscheinungen sind seit dem 7. VI. 91 nicht mehr aufgetreten. Der Grund der noch vorhandenen Geschwüre sieht rein aus. Zähne ziemlich frei von Belag. Zahnfleischrand noch etwas aufgelockert und stellenweise erodirt. Derselbe wird fortan öfters mit dem Arg. nitr.-Stift touchirt, im Uebrigen die frühere Behandlung fortgesetzt.

3. VII. 91. Geheilt entlassen.

Fig. 2. Bednar'sche Plaques, Bednar'sche Aphthen, Gaumen-Aphthen, bei einem neugeborenen Kinde.

Kind X., 6 Tage alt, in der gynäkologischen Klinik zu Königsberg zur Welt gekommen und daselbst näher beobachtet.

An dem sonst gesunden, hereditär nicht belasteten Kinde fallen am 4. Lebenstage die ersten Anzeichen der in Fig. 2 wiedergegebenen, später mit theilweiser Exfoliation einhergehenden symmetrischen Verfärbungen der lateralen Partien der Gaumenschleimhaut auf. Die hintere Grenze der veränderten Stellen entspricht der Crista marginalis, einer von dem Foramen paltin. post. nach der Mitte und etwas nach vorn verlaufenden, ungefähr 5—6 mm vor der Raphe aufhörenden scharfen Knochenleiste. Die vordere Grenze liegt in der Naht, in welcher die horizontale Platte des Gaumenbeines mit dem Gaumenfortsatz des Oberkiefers zusammenstösst, die laterale fällt mit dem Verlauf der Art. palat. med. zusammen, die mediale liegt in der Verbindungslinie der medialen Eckpunkte der erwähnten Knochenleisten.

Die Gegend der Gaumenraphe markirt sich gleichfalls grösstentheils durch eine lineäre, elfenbeinartige Verfärbung. In Höhe des vorderen Theiles der Bednar'schen „Plaques“ sieht man an Stelle dieser lineären Verfärbung eine Gruppe kaum mohnkorngrosser, blass-gelblich gefärbter, über das Niveau der umgebenden Schleimhaut nur wenig prominirender, derb, fast knorpelhart sich anfühlender Knötchen. Der den Knötchen zunächst gelegene Abschnitt der Raphe lässt eine kolbige Verdickung erkennen. — Behandlung findet nicht statt.

Tafel XLIV.

Am 12. Lebenstage des Kindes sind die Flecke an den lateralen Partien der Gaumenschleimhaut ungefähr um die Hälfte verkleinert und von einem rothen Saum umgeben; drei Tage später ist jede Spur von Verfärbung geschwunden. Beschaffenheit der Schleimhaut in der Gegend der Gaumenraqhe vorläufig unverändert.

Fig. 3. Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut eines neugeborenen Kindes (Stomatitis gonorrhoica).

Kind L., 11 Tage alt, unehelich.

Mutter des Kindes nicht syphilitisch, aber mit florider Gonorrhoe und spitzen Condylomen an den Genitalien behaftet.

Das am 15. I. 91 gesund zur Welt gekommene Kind selbst enkrankt am 19. I. 91 an Conjunctivitis blennorrhoica. Die ersten Anzeichen von Mundschleimhauterkrankung wurden am 8. Lebenstage bemerkt. Am 25. I. 91, dem 11. Lebenstage, hat der Krankheitsprocess seinen Höhepunkt erreicht. Die Mundschleimhaut sieht mit Ausnahme der erkrankten Partien resaroth aus. Die afficirten Stellen sind (s. Fig 3): 1) Die Kuppe der Alveolarfortsätze bis auf 5 mm Breite; am mittleren Theile des Unterkiefers die gesammte Innenfläche desselben, in seiner Nachbarschaft ein zapfenförmiger Abschnitt der Schleimhaut des Mundbodens. 2) Die Zunge in ihrem vorderen Drittel mit Ausnahme einer 2 mm breiten Randzone. 3) Am oberen Gaumengewölbe der ganze hintere Theil. Hier präsentirt sich der veränderte Schleimhautbezirk unter dem Bilde einer schmetterlingsartigen, sich symmetrisch zu beiden Seiten der Raphe ausbreitenden Figur. Die lateralen Theile derselben grenzen sich vorn in ähnlicher Weise ab, wie die bei so vielen Neugeborenen zu beobachtenden Bednar'schen „Plaques" (s. Fig. 2), greifen dorsalwärts aber über die von diesen gewöhnlich occupirte Region hinaus und sind durch ein kürzeres Mittelstück mit einander verbunden. Die vordere Begrenzung der afficirten Partie würde etwa der Stelle entsprechen, wo der hintere Rand des Processus palatinus des Oberkiefers mit dem vorderen Rand der Lamina horizontalis des Gaumenbeins zusammenstösst, die hintere seitliche Grenze der Gegend des Hamulus pterygoideus, die nach hinten vorgeschobene Zacke des mittleren Theiles der Figur, dem sogen. Torus palatinus. — Die pathologisch afficirten Partien heben sich ein wenig über das Niveau der gesunden Schleimhaut hervor und unterscheiden sich von diesen vor Allem durch ihre schmierige, grau-gelbliche Färbung. — In den von dem Belag der erkrankten Flächen angefertigten Strich-Präparaten finden sich zahlreiche Eiterkörperchen, spärliche Epithelzellen. Im Protoplasma der ersteren, ausnahmsweise auch in dem der letzteren typische, durch alle gangbaren Untersuchungsmethoden als solche charakterisirte Neisser'sche Gonococcen. Daneben sieht man viele freiliegende Gonococcen in kleineren und grösseren Haufen, manchmal in förmlichen Rasen. Die mikroskopische Untersuchung excidirter Schleimhautstücke lässt erkennen, dass die Invasion der Mikroben sich auf den epitelialen Theil der Schleimhaut beschränkt. Innerhalb desselben dringen sie intercellulär in langen Zügen bis zum Papillarkörper vor, lassen sich in letzterem selbst aber nicht mehr nachweisen.

26. I. 91 beginnt, ohne dass irgendwelche Behandlung stattgefunden hat, der Heilungsvorgang. Die Ränder der Beläge zeigen sich von einem ca. 1—2 mm breiten, entzündlich gerötheten, demarkirenden Saum umgeben. Von hier aus erfolgt allmälig die Regeneration der Schleimhaut.

Am 25. II. 91 ist auch der letzte Rest von Belag verschwunden, ohne irgendwelche Spuren zu hinterlassen.

(Die Krankengeschichte dieses, in der gynäkologischen Klinik zu Königsberg beobachteten Falles ist in der Arbeit Rosinki's: „Ueber gonorrhoische Erkrankung der Mund-

schleimhaut bei Neugeborenen"*) in extenso mitgetheilt. Herr Geheimrath Dohrn hatte die Güte, uns die von H. Braune aufgenommenen Original-Abbildungen zu Fig. 2 und zu Fig. 3 zur Verfügung zu stellen.)

Fig. 4. Hämorrhagische Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis haemorrhagica) bei Morbus maculosus Werlhoffii.

R. J., 40 J. alt, Werkführer aus Königsberg.

Der hereditär in keiner Weise belastete Mann, Potator mässigen Grades, will bis zu seiner jetzigen Krankheit stets gesund gewesen sein. Syphilitische Antecedentien nicht zu eruiren. Ernährungsart und Wohnung des Pat. sollen gut gewesen sein. In seiner Berufsthätigkeit ist Pat. vielfach wechselnden Temperatureinflüssen ausgesetzt gewesen, und glaubt sein jetziges Leiden auf Erkältung zurückführen zu sollen. Dasselbe begann Ende Februar 1891 mit starker Heiserkeit und Athemnoth. Während erstere sich nach einiger Zeit etwas besserte, dauerten die Athembeschwerden nicht nur fort, sondern steigerten sich allmälig immer mehr und mehr; ausserdem stellten sich Herzklopfen, Schmerzen in der Tiefe des Halses beim Schlingen, Verlust der Geschmacksempfindung, Appetitlosigkeit, starkes Schwitzen und Abmagerung ein. Schmerzen in den Muskeln und Gelenken waren nicht vorhanden, doch ermüdete Pat. schnell nach der geringsten Körperbewegung. Zu den erwähnten Beschwerden gesellte sich in letzter Zeit Schwindelgefühl, besonders beim Aufrichten, Sausen im Kopfe und Kopfschmerz. Seit dem 18. III. 91 dauernde Blutungen aus dem Zahnfleisch und übelriechender Athem; gelegentlich auch Abgang schwarzer Blutklümpchen aus der Nase. Am 26. III. 91 wurden, über den ganzen Körper verbreitet, aber namentlich an den unteren Extremitäten, schwarz-röthliche Flecke bemerkt. Auf ähnliche schwärzliche Flecke an seiner Zunge war Pat. schon einige Tage früher durch Schmerzen an den betreffenden Stellen aufmerksam geworden. Aufnahme in die medicinische Universitätsklinik zu Königsberg.

26. III. 91. Ziemlich kräftig gebauter Mann. Puls 80 i. d. M., regelmässig, von geringer Spannung; Körpertemperatur schwankt zwischen 39—40°. Gesichtsfarbe und Farbe der übrigen Haut, sowie der sichtbaren Schleimhaut von hochgradig livider, fast cadaveröser Blässe. Keine Oedeme. Sensorium frei. Sprache belegt. Starker Foetor ex ore. Die genauere Besichtigung der Mundhöhle (Fig. 4) ergiebt Folgendes: Lippenschleimhaut von wachsartigem Aussehen; in derselben einzeine theils röthliche, theils braun-röthliche (rostfarbene) oder mehr blau-röthliche submucöse Hämorrhagien von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Zungenoberfläche von trockener Beschaffenheit, mit bräunlichem Belag bedeckt, der in unregelmässiger Begrenzung bis hart an die Zungenränder heranreicht. An diesen letzteren finden sich beiderseits Petechien von gleichem Charakter wie an der Lippenschleimhaut. Das Zahnfleisch in mässigem Grade gequollen und an seinen Rändern aufgelockert, im Bereiche der Eck- und Backzähne beiderseits hämorrhagisch verfärbt und aus verschiedenen Stellen blutend. Auf die Zahnkronen selbst zieht sich vom Gingivalrande aus ein schmieriger Belag hinauf, in dessen Colorit theils bläuliche, theils bräunliche Farbentöne prävaliren und der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als vorwiegend aus Leptothrixfäden bestehend erweist. Am weichen Gaumen, 2 cm vor den rechtsseitigen Gaumenbögen, eine linsengrosse Schleimhautekchymose. Die Körperhaut, namentlich an den unteren Extremitäten, ist mit Tausenden von dicht unter der Oberfläche liegenden, ganz kleinen, punktförmigen, bis linsengrossen Petechien von dunkelrother bis braungrüner Farbe übersät. Daneben scheinen

*) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, XXII.

Tafel XLIV.

umfangreichere, die tieferen Hautschichten occupirende dunkelblaue und dunkelbraune Flecke durch. Am Rumpfe nur wenige Petechien. Vollkommen frei von solchen ist die Haut des Gesichts. Lippen trocken, an der Schleimhautgrenze mit dünnen bräunlichen Borken bedeckt. Aus dem sonstigen Befunde ist hervorzuheben, dass der Herzspitzenstoss weder sicht- noch fühlbar, und dass auscultatorisch von der Herzspitze bis zum Sternum ein ziemlich lautes, zum Theil musikalisches, systolisches Geräusch über leisen, fast unveränderten Herztönen zu hören ist. Die laryngoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer breitbasig am Rande des rechten Stimmbandes sich inserirenden, röthlich gefärbten, etwa linsengrossen Geschwulst. Patellarreflexe gesteigert. Stuhl seit einigen Tagen angehalten. Urin stark urobilinhaltig, frei von Eiweiss und Zucker. Blutkörperchenzählung mittelst der Zeiss-Thoma'schen Kammer ergiebt zum ersten Male 1 420 000, zum zweiten Male 1 820 000, also etwa $^1/_3$ des normalen Gehalts an Blutkörperchen.

Behandlung: Eiswasser; innerlich: Ergotin, Wein.

28. III. 91. Pat. hat gestern und vorgestern grosse Mengen Blut aus dem Zahnfleisch verloren, am 27. III. 91 Abends einen epileptiformen Anfall gehabt. Somnolenz. Petechien haben an Zahl abgenommen. Starker Tremor der Hände. Heute Abend eine Attaque mit klonischen Zuckungen, die allmälig am linken Arm ausklingen; Tremor in allen Gliedern. Pat. scheint während dieses Anfalls das Bewusstsein nicht vollkommen verloren zu haben. Nachts grosse Unruhe. Jactationen.

29. III. 91 Morgens: Exitus letalis.

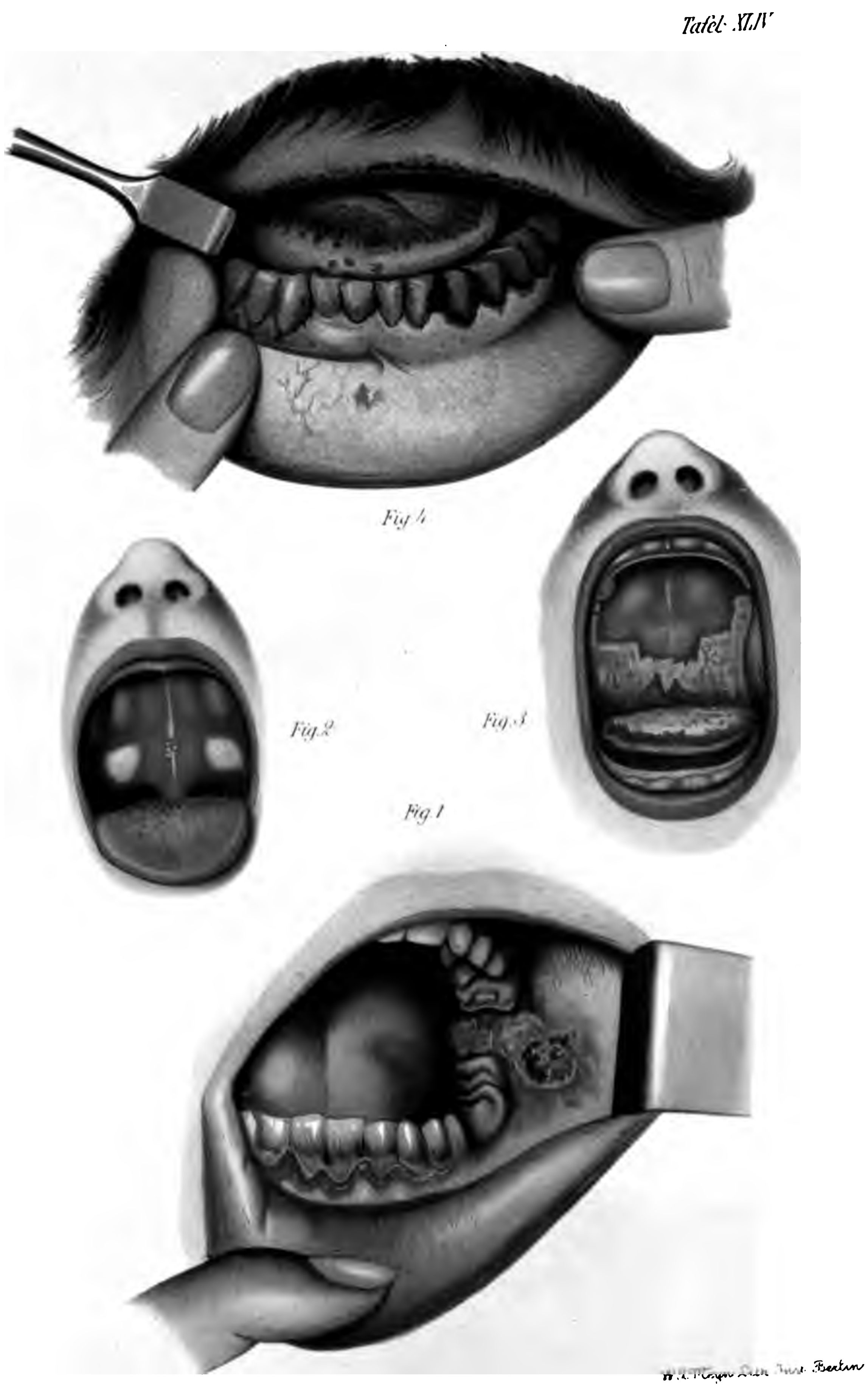
Das Ergebniss der am 30. III. 91 (durch Herrn Prof. Nauwerck) im pathologischen Institut zu Königsberg ausgeführten Obduction lautet: Allgemeine Anämie. Hämorrhagien in fast allen inneren Organen und in der Haut. Schleimhautnekrosen im Rachen und an der Epiglottis. Endocarditis (entlang der Schliessungslinie der Mitralklappe kleine, sammetartig weiche Efflorescenzen). Fibromatöser Kehlkopfpolyp.*) — Aus dem Inhalt des Sectionsprotokolls sei noch erwähnt, dass an der Innenfläche der Dura mater sich spärliche, hämorrhagisch durchsetzte, zarte, pachymeningitische Auflagerungen fanden. Die Arachnoidea bot eine leichte diffuse Trübung dar. Die Subarachnoideal-Flüssigkeit war etwas vermehrt.

(Die Erlaubniss, den vorstehend berichteten Krankheitsfall hier veröffentlichen zu dürfen, verdanken wir Herrn Prof. Dr. Lichtheim.)

---

*) Näheres über die histologische Structur desselben ist in der Inaugural-Dissertation von Robert Neuenborn, Königsberg 1891, S. 13 u. 14, mitgetheilt.

Tafel XLIV



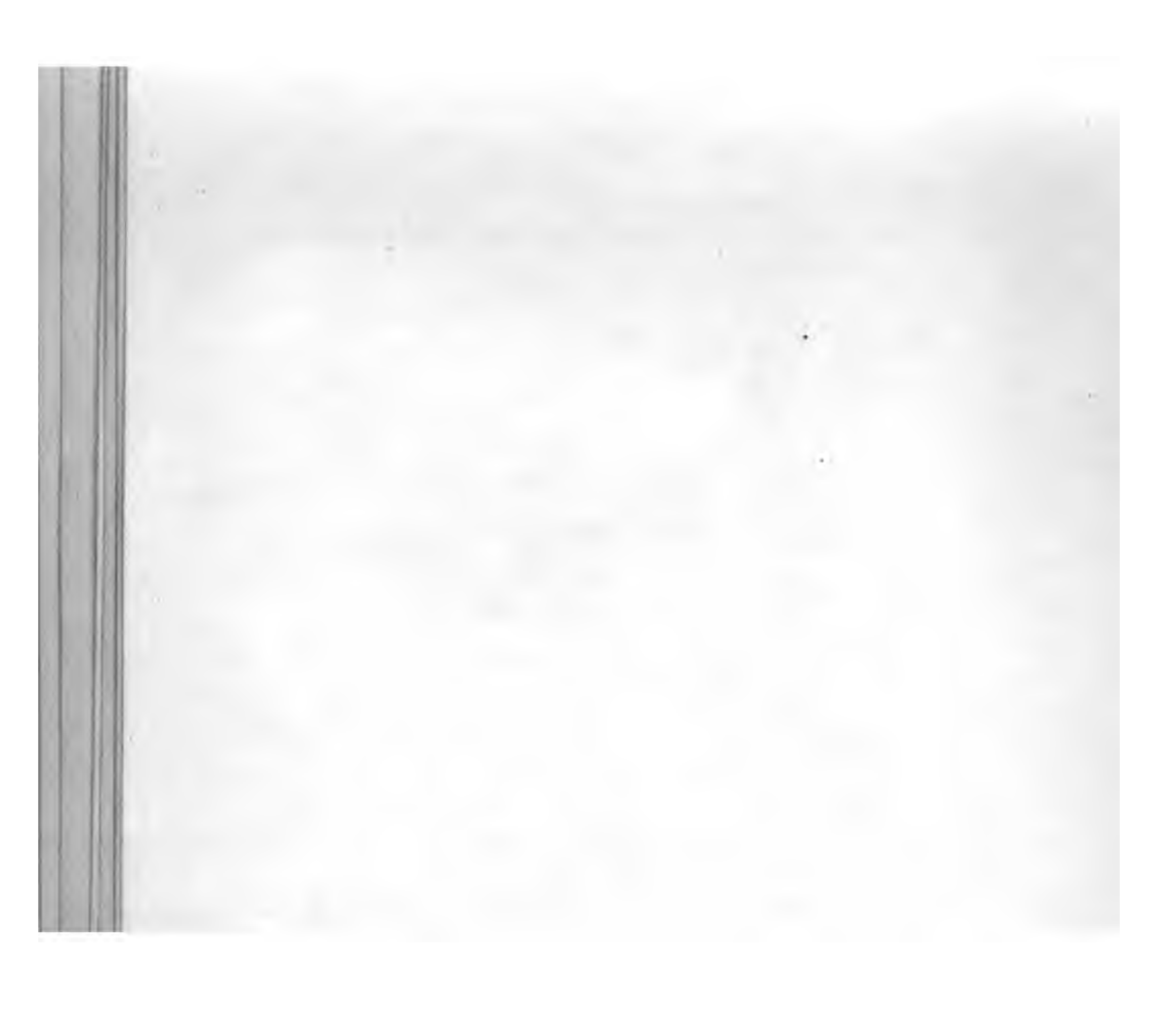
[illegible]

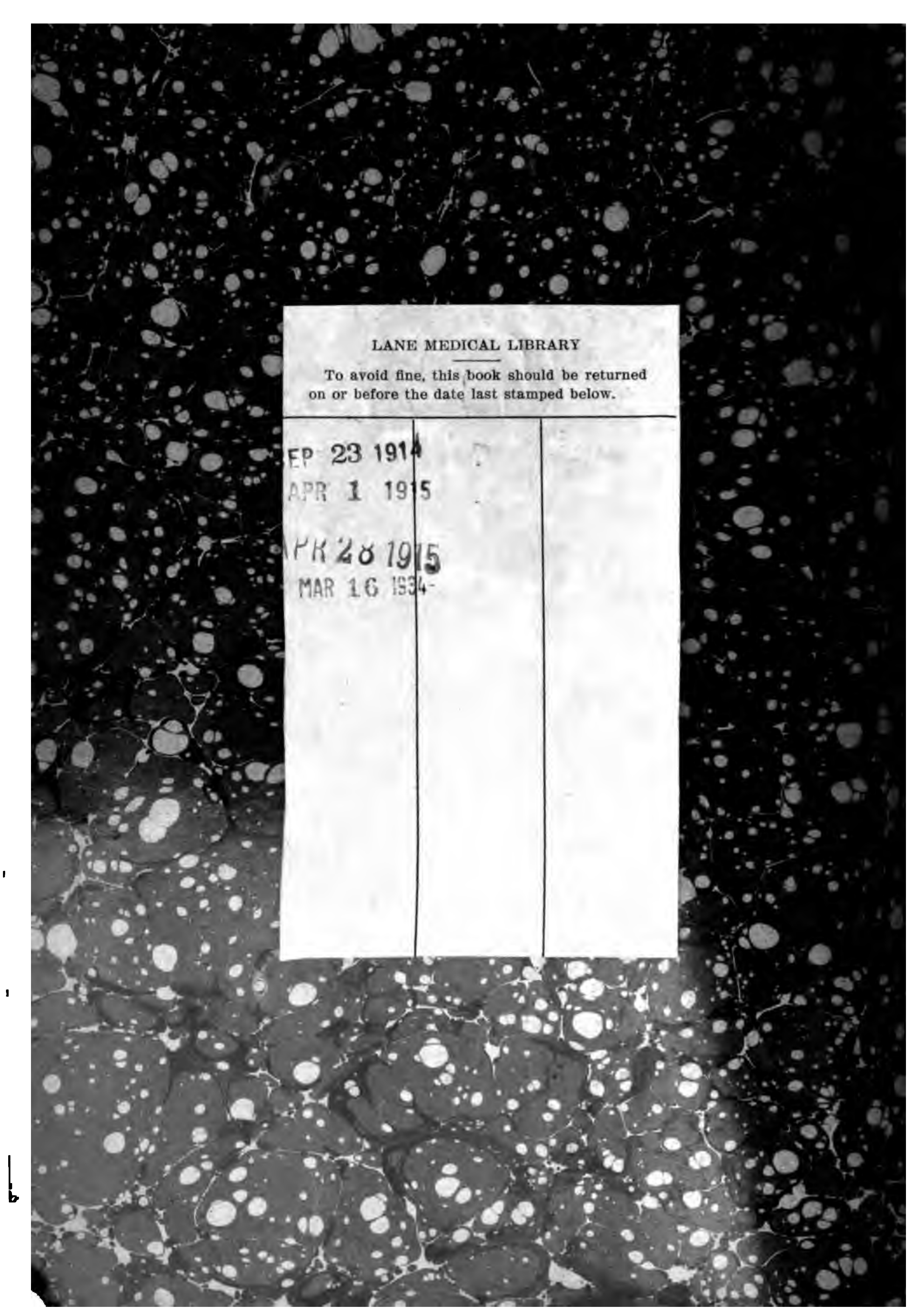
[illegible] Berlin

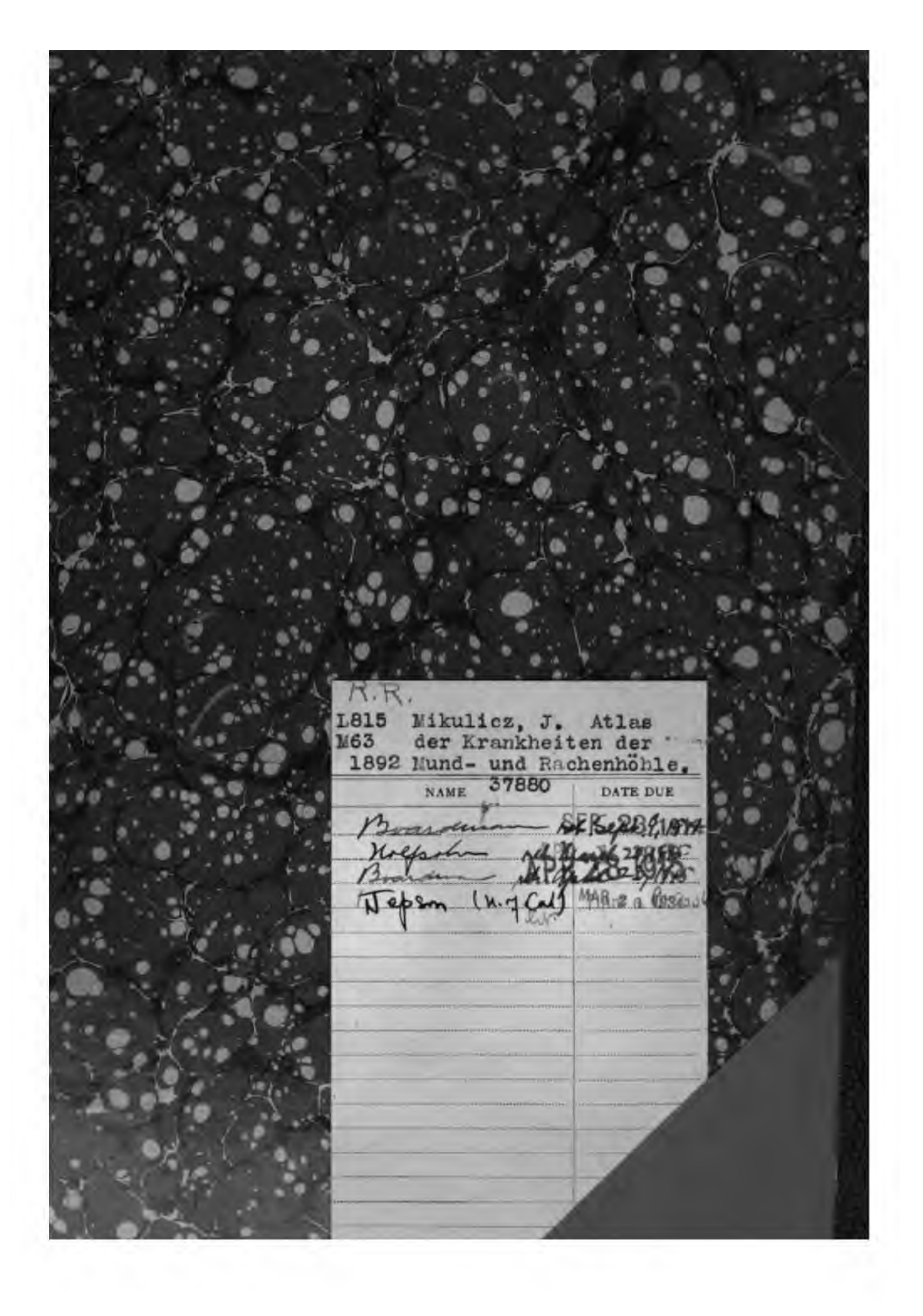
Sach-Register.

(Die römische Zahl bezeichnet die Tafel, die arabische die Figur.)

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.






R.R.
L815 Mikulicz, J. Atlas
M63 der Krankheiten der
1892 Mund- und Rachenhöhle.
37880
NAME
DATE DUE

